

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Décembre, à une heure

PAR

DE COOL, PAUL

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 2 septembre 1853.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DÉLIRE DE NÉGATION

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
 { SCHWARTZ et BALLET, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

80

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Décembre, à une heure

PAR

DE COOL, PAUL

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 2 septembre 1853.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

DÉLIRE DE NÉGATION

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, professeur.
 } SCHWARTZ et BALLET, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHE.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N...
Clinique des maladies du système nerveux	{ TILLAX.
	{ N...
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.			
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLOT.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMUSET

DIRETEUR-MÉDECIN

DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE BONNEVAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR NETTER

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DEBOVE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DÉLIRE DE NÉGATION

Le délire de négation, encore peu étudié et mal connu, fut mis à l'ordre du jour du congrès annuel de médecine mentale de 1892, qui siégea à Blois, par la Société médico-psychologique de Paris. On espérait que la discussion ferait la lumière sur ce point de la Psychiatrie et qu'on arriverait peut-être à établir quelques propositions auxquelles tout le monde se rallierait.

Cet espoir fut déçu en partie. Des mémoires très importants furent apportés au congrès, et devinrent le point de départ d'une discussion longue et substantielle, qui fut loin d'être stérile; mais on n'arriva à aucune conclusion ferme. Tous les orateurs en convinrent, ceux-là même qui avaient abordé la discussion avec des idées très arrêtées sur la nature de ce délire de négation. Le congrès, en somme, déclara que la

question restait ouverte, et fit appel aux observateurs pour arriver à la résoudre.

Interne, à cette époque, des asiles d'aliénés, je suivais avec d'autant plus d'intérêt les travaux du congrès de Blois que j'observais au même moment, dans mon service, plusieurs malades présentant ces idées délirantes de négation, sur la nature desquelles on discutait, et je résolus de faire de leur étude le sujet de ma thèse inaugurale.

Loin de moi la prétention de vouloir complètement résoudre la question du délire de négation. Il n'est guère utile que je le dise. — Je me propose simplement d'ajouter quelques faits cliniques à ceux qu'on connaît déjà ; d'exposer une analyse critique des documents qui existent sur ce sujet, et enfin de présenter quelques propositions d'ordre général qui me semblent les déductions logiques des documents existants.

Qu'il me soit permis de manifester ici ma gratitude à l'égard de tous les maîtres qui m'ont guidé dans mes études.

Je ne saurais trop remercier M. le docteur Netter, professeur agrégé, qui m'a particulièrement honoré de sa bienveillance

Qu'il me soit permis encore de profiter de cette occasion pour exprimer ma reconnais-

sance à M. le docteur Camuset, médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Bonneval. Depuis deux ans que je me trouve placé sous sa bienveillante direction ce maître aimé n'a jamais cessé de me témoigner son affabilité. J'ai toujours trouvé en lui un guide sûr et dévoué. Cette thèse est son œuvre beaucoup plus que la mienne; c'est lui qui m'en a donné le plan et fourni les principaux matériaux. Aussi ne faut-il voir dans ce travail de l'élève que l'écho du maître.

Je prie M. le professeur Debove, qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, d'agréer l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

L'étude que je tente exige tout d'abord le choix d'un plan spécial d'exposition. Il ne s'agit pas, en effet, de faire l'histoire d'une maladie bien déterminée; le délire de négation, je l'ai déjà dit, est encore mal connu; les opinions sur sa nature sont diverses et souvent opposées entre elles. Les uns en font une véritable entité morbide, les autres le considèrent seulement comme un syndrome; Cotard lui-même, qui, le premier l'a décrit, il y a une douzaine d'années, a beaucoup varié dans ses appréciations. On ne peut donc, pour le délire de négation, procéder selon la méthode classique et passer successivement

en revue l'étiologie, la symptomatologie, etc...

Le but à poursuivre est, en réalité, de faire ressortir, au moyen d'arguments tirés de la clinique, ce que certaines opinions ont de défectueux, et d'établir, par l'interprétation des observations anciennes et nouvelles, la nature de cet état psychopathique dénommé « Délire de négation ». — Le grand écueil, dans un tel travail, est la confusion. C'est pour l'éviter de mon mieux, pour ne pas entremêler la clinique, l'analyse psychologique, l'historique et la séméiologie, que je crois devoir adopter la division suivante :

1^o Examiner si, comme Cotard l'a enseigné, et comme le soutiennent de nombreux et distingués aliénistes, l'état psychopathique dénommé « Délire de négation » est une véritable entité morbide, une unité nosologique. Je peux, dès à présent, dire que cette question est résolue négativement.

2^o Rechercher ensuite la place véritable qu'on doit assigner au délire de négation en psychiatrie, et faire en quelque sorte la pathologie générale de cet état morbide.

3^o En dernier lieu, exposer la séméiologie de ce délire particulier. — Il faut noter que ce dernier point se trouve déjà presque complètement traité dans des travaux divers. Les observa-

teurs, en effet, peuvent varier dans l'interprétation des faits qu'ils rencontrent; mais ils sont d'accord quant à la constatation des faits eux-mêmes.

Mais avant de traiter ces divers points, il est nécessaire au préalable de développer, avec détails même parfois, certaines considérations préliminaires: Ainsi, il faut d'abord dire ce qu'on entend par idées délirantes de négation, expliquer leur nature, et les différencier d'autres idées délirantes ayant avec elles des ressemblances et des analogies. Il faut ensuite faire l'historique de ce qui a été publié sur la question.

I

Des idées délirantes de négation en général

On désigne sous le nom d'idées délirantes de négation des idées délirantes qui sont plutôt des idées de *non existence* que des idées véritables de négation. On retrouve en effet toujours ces conceptions morbides, et c'est ce qui les caractérise réellement, la notion, la certitude de l'absence, de la non existence. Les malades, pour exprimer ce qu'ils éprouvent, se servent des formes négatives du langage, mais ils ne nient pas systématiquement par suite d'une tendance morbide à l'opposition, comme l'expression « Délire de négation » pourrait le faire croire. Un exemple qu'on cite souvent comme type d'une idée délirante de négation, rend bien compte de l'état mental des malades dits négateurs. — On montre une rose au malade. Voilà une rose, lui dit-on. — « Non, ce n'est pas une rose. » — Mais si, voyez-là, sentez-là. — « Non, ce n'est pas une rose, il n'y a plus de rose, ce que vous me montrez c'est l'apparence d'une rose. » — Le malade ne nie donc pas pour nier

simplement, pour contredire ; il cherche même au contraire à établir l'harmonie entre sa conception délirante et le témoignage de ses sens, au moyen de cette explication qui, pour lui, est logique : C'est l'apparence d'une rose.

Il est fréquent, en clinique, de rencontrer des aliénés négateurs qui défendent ainsi leurs conceptions morbides, et par des explications de ce genre. Une de nos malades, une mélancolique avec idées de négation, était convaincue que son mari et son fils étaient morts, qu'ils n'existaient plus. Quand ceux-ci venaient la voir, elle les recevait très bien, elle se montrait même affectueuse ; aussitôt qu'ils étaient partis, elle affirmait qu'ils étaient morts depuis longtemps, qu'ils n'existaient plus et qu'elle avait vu seulement leurs *fantômes*.

Quant à cette démarcation entre ce qu'on est convenu d'appeler les idées de négation, lesquelles sont des idées de non existence, et les idées d'opposition qui, elles, mériteraient mieux cette appellation ; il est d'autant plus utile de la bien noter, qu'il existe un état morbide particulier décrit par Guislain : « le délire d'opposition », avec lequel il importe de ne pas confondre notre délire de négation.

Le délire d'opposition de Guislain se manifeste dans le cours de vésanies diverses ; il est

caractérisé par ce fait que les malades opposent une résistance énergique et persistante à tout ce qu'on cherche à obtenir d'eux. Ils luttent contre les personnes qui les soignent quand celles-ci veulent les vêtir ou les dévêtir, les faire manger ou bien les mettre au lit, et répondent par des « Non » répétés à toutes les questions qu'on leur fait. C'est là un simple syndrome qui, d'après Guislain, indiquerait la chronicité et l'incurabilité probables de la vésanie pendant le cours de laquelle il se manifeste.

Toutes ces considérations, sur lesquelles j'insiste un peu, serviront à établir la nature réelle des idées délirantes qui nous occupent.

En somme, donc, les idées de négation reposent sur un fond commun qui les caractérise. Les sujets ont la conscience de la non-existence, soit à la suite de transformation ou de destruction, soit sans raison connue. Elles sont l'expression de troubles subjectifs nombreux et divers et c'est pourquoi elles sont elles-mêmes nombreuses et diverses, avec toujours un même fond commun. En un mot, les formules délirantes sont multiples et variées, mais elles sont l'expression d'un fond délirant unique. Et c'est là une preuve de cette proposition que les idées de négation ont une origine profonde et qu'elles dépendent de l'altération primitive de la per-

sonnalité par le fait de modifications survenues dans les éléments constitutifs du Moi.

On vient de voir que les idées délirantes de négation étaient nombreuses et diverses. En clinique les malades présentent, dans la grande majorité des cas, plusieurs sortes de ces conceptions morbides, soit en même temps, soit successivement et aux différents moments de leur affection. Il est au contraire rare de ne noter qu'une unique idée de négation pendant toute l'évolution de la psychose. Pour l'étude, il est quand même utile d'établir une classification entre toutes ces conceptions morbides de nature commune, d'autant plus que si les cas dans lesquels on ne peut noter qu'une seule espèce d'idées de négation sont rares, ils existent néanmoins.

C'est précisément en se basant sur la nature des formules délirantes qui se présentent ainsi isolées qu'il paraît logique de baser la classification ; ces formules isolées pouvant, à bon droit, être regardées comme formant des variétés bien nettes.

En procédant ainsi, on peut admettre deux grandes classes d'idées délirantes de négation. Dans l'une le délire se rapporte à la personnalité même du sujet ; dans l'autre, il se rapporte au monde extérieur, le malade extériorise son

délire. On doit peut-être admettre même une troisième classe comprenant celle dans laquelle le délire de négation est porté à son summum. Les malades ne croient plus à l'existence de rien ; ils n'existent plus, personne n'existe plus ; le monde, Dieu, le temps, tout a été détruit. Quand le délire se rapporte à la personnalité du sujet, il s'étend soit à la personnalité physique, soit à la personnalité psychique et affective de celui-ci.

Dans le premier cas, quand il se rapporte à la personnalité physique, il a trait aux différents organes ou au corps tout entier. Mais les malades n'ont pas toujours la conviction que certains de leurs organes leur font défaut, non plus que leur corps entier n'existe plus. Ici les idées de négation se confondent avec les idées délirantes hypochondriaques ; le malade a l'estomac bouché, les intestins pourris ou bien son œsophage s'ouvre au dehors et les aliments se perdent. Et quand il s'agit du corps entier, certains sujets croient, par exemple, que leur individu est devenu plus léger que l'air et qu'ils ne peuvent, par suite, plus marcher d'aplomb ; un autre affirme qu'il est en pierre.

Ces idées hypochondriaques sont bien, dans le fond, des idées de négation, c'est-à-dire de

non existence. La clinique le démontre couramment. Les mêmes sujets qui ont les intestins pourris vous disent en même temps qu'ils n'ont plus de poumons, plus de cerveau; et même ces intestins pourris et bouchés aujourd'hui arrivent, dans quelque temps, à disparaître totalement. Il y a donc bien, chez ces malades, un trouble profond de la personnalité, qui provoque, en même temps, les idées hypochondriaques et de négation, qui sont bien de même nature.

Il serait impossible d'énumérer toutes les conceptions hypochondriaques de non existence qu'on note en pratique. Il en est d'excessivement bizarres, comme celles de ce malade qui se croyait en verre, et qui évitait avec soin tous les contacts, surtout tous les chocs, tant il craignait d'être brisé et de voler en éclats. Les conceptions de ce genre sont rares. Mais il en est d'autres très communes et qu'on constate fréquemment, par exemple les idées d'intestins absents, de mâchoires disparues, d'anus bouché. Souvent les malades qui les présentent refusent de manger, la chose étant soit impossible puisqu'ils n'ont plus de dents ni de mâchoires, soit très imprudentes puisqu'ils ont l'anus bouché et qu'ils gonfleraient et finiraient par éclater.

Fréquemment les malades dénomment par des néologismes qu'ils fabriquent eux-mêmes, et dont l'étimologie échappe complètement, les troubles fonctionnels qu'ils s'imaginent avoir, ou les lésions dont ils se croient atteints. Un vieux mélancolique hypochondriaque de notre service répète depuis plus de quinze ans qu'il a « les intestins *guerms*, les poumons *guerms*, le corps pourri, pourriras-tu ».....

Ce délire hypochondriaque de non existence a été noté par les anciens observateurs, mais c'est Baillarger qui démontra le premier son importance en tant que délire spécial, accompagnant la paralysie générale. Pour cet éminent aliéniste, le délire hypochondriaque avait une valeur diagnostique égale à celle du délire mégalomaniac au début de la paralysie générale. On a parfois trouvé cette assertion exagérée ; elle est cependant absolument exacte. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant la sémiologie.

Ce sont les idées hypochondriaques de non existence se rattachant à tout le corps qui offrent le plus d'intérêt au point de vue psychologique. — Nous ne considérons ici que la personnalité physique. — Des malades ont cette notion qu'ils sont devenus démesurément longs ou excessivement petits, ou que leur corps

est léger comme l'air, ou enfin qu'ils n'ont plus de corps du tout. Un ancien soldat croyait qu'il avait été tué à Wagram, et que, depuis ce temps, son corps n'existait plus. Ses jambes n'étaient pas ses jambes, sa tête n'était pas sa tête, etc.

On croit qu'il y a dans ces cas des altérations profondes, des dédoublements de la personnalité, mais dédoublements bornés à la personnalité physique. Une seule catégorie seulement des nombreux éléments constitutifs du moi paraît atteinte chez ces sujets.

Indiquons, maintenant, les idées de négation qui se rapportent à la personnalité physique.

Les aliénés à idées de négations, parfois, souvent même, ne se préoccupent que de leurs facultés intellectuelles et de leurs sentiments affectifs. Ils se plaignent de ne plus avoir de mémoire, d'intelligence, de pensée, ou de ne plus aimer personne, de n'avoir plus de cœur, plus de sentiment. Ces sont là des idées de négation d'ordre psychique.

Messieurs Falret et Cotard ont écrit des pages qui resteront comme des exemples d'analyse de psychologie morbide, sur la progression, chez les mélancoliques, de cette tendance à la négation ou plutôt à l'idée de non existence des facultés. Ces auteurs montrent les sujets timides, doutant d'eux-mêmes, humbles, dès avant

l'invasion de leur vésanie, et qui arrivent petit à petit, logiquement pourrait-on dire, à la négation systématisée; ils n'ont plus d'esprit, plus de sentiment, plus de cœur.

Il est à propos d'insister dès à présent sur l'état mental des malades. Ils n'ont plus de pensée, plus de sentiment, mais ils ne disent pas qu'on leur a pris leur pensée ou leur sentiment; ils n'accusent personne. S'ils recherchent les causes de leur déchéance ou de leurs souffrances en dehors qu'en eux-mêmes, s'ils s'en prennent aux autres, ils ne sont pas de véritables négateurs; ils se rapprochent des persécutés, quand ils ne sont pas des persécutés véritables. Nous donnons plus loin des observations de ces diverses catégories d'aliénés.

Aussi bien que lorsqu'ils délirent sur leur personnalité physique, les négateurs, quand ils délirent sur leur personnalité psychique, emploient des néologismes ou bien des expressions correctes, mais dont ils dénaturent le sens, pour exprimer le sentiment d'absence qu'ils éprouvent dans leur fonctionnement intellectuel. Exemple :

Un homme de 60 ans, atteint depuis deux ans de mélancolie anxieuse. Depuis ces deux ans le malade est tourmenté, inquiet, sans cesse

sous l'appréhension de craintes vagues, indéterminées même. Il passe ses journées à se promener à petits pas, la tête baissée, geignant à demi-voix et répétant à tout bout de champ : « Je suis perdu, je n'ai plus rien, plus de spontanéité. »

Si on capte sa confiance et si on arrive à fixer son attention, on trouve un homme d'une éducation parfaite, instruit, bon observateur, qui a conservé toutes ses facultés intellectuelles, dont la mémoire est notable. Il raconte qu'il est bien malheureux de souffrir ainsi, qu'il est certainement incurable, qu'il y a quelque chose en lui d'absent, quelque chose qui manque depuis deux ans dans son cerveau ; c'est comme un défaut d'équilibre quand il pense ou quand il se souvient ; c'est *sa spontanéité* qui lui fait défaut (Asile de Bonneval, 1882).

Cet exemple paraît avoir un certain intérêt au point de vue psychologique. Il semble démontrer l'altération d'un des facteurs constitutifs du Moi, mais un des facteurs d'importance secondaire, un défaut d'harmonie peut-être dans les complexus complexes qui aboutissent à la pensée, puisque tous les états de conscience qui se rapportent à la mémoire, à la perception, etc..., paraissent normaux.

La seconde grande classe des idées délirantes,

de négation, comprend celles de ces idées qui se rapportent, non plus à la personnalité des malades, mais au monde extérieur. Les malades extériorisent leur délire.

En général, les aliénés qui sont ainsi négateurs par rapport au monde extérieur le sont également par rapport à leur personnalité propre, mais c'est loin d'être une règle générale, et l'on voit des sujets qui nient la réalité de tout ce qui les entoure sans manifester la moindre inquiétude sur l'intégrité de leur Moi physique et psychique.

Les exemples d'idées délirantes de négation extériorisées sont communs; nous en avons déjà indiqué un. En clinique, la négation est plus ou moins généralisée; elle peut ne porter que sur quelques-uns seulement des objets qui frappent les sens des sujets, ou bien elle peut s'étendre à tout ce qui entoure ceux-ci. Pour indiquer, d'une façon méthodique, les différentes variétés de ces idées délirantes, on peut en faire deux groupes, mais cette division n'a rien à faire avec la clinique, elle est tout à fait arbitraire. Un premier groupe pour les idées de non existence rattaché aux choses matérielles aux êtres, et au second groupe pour celles qui se rapportent aux entités métaphysiques.

Voici des exemples qui appartiennent au premier groupe :

Une malade n'a plus rien en propre ; elle n'a pas de linge, pas de chaussures, pas d'aiguille pour travailler, etc... On lui montre, pour lui prouver le contraire, les vêtements qui la couvrent, l'aiguille dont elle se sert, mais elle répond systématiquement : « Non, non ».

Une autre n'a plus de père, plus de mère, plus d'enfant. — Nous avons noté plus haut le cas de cette femme qui n'avait ni mari, ni enfants, et qui, quand elle voyait ceux-ci, prétendait qu'elle voyait leurs fantômes.

Tout ce qu'on fait voir, toucher, entendre à certains négateurs, n'existe pas pour eux. Les raisonnements, les démonstrations les plus clairs, ne provoquent en réponse que des négations répétées, lesquelles ont fourni le qualificatif à leur délire.

Les conceptions délirantes du genre de celles que nous étudions actuellement, semblent de prime abord différentes des idées hypochondriaques que nous avons notées en premier lieu ; de celles par exemple qu'on observe si souvent dans la paralysie générale. L'analogie entre ces états psychopathiques est cependant complète. Dans tous les cas, il s'agit du même trouble profond des éléments de la personnalité ; et, du

reste, la clinique démontre qu'il existe une graduation insensible de l'idée délirante hypochondriaque de son existence, localisée à un organe unique, jusqu'à l'idée de non existence extériorisée et absolument généralisée.

Quant à ces négations extériorisées, elles apparaissent ordinairement en grand nombre à la fois; elles sont, pour ainsi dire, généralisées; mais il arrive aussi qu'elles ne se rencontrent que rares et presque isolées. On voit, en effet, des malades atteints de psychoses diverses qui ne délirent dans le sens de négation que d'une façon en réalité intermittente, non pas qu'il y ait des rémissions dans la marche de cette psychose, mais parce que l'élément négateur apparaît et disparaît, et est en un mot intermittent. Mais c'est à l'article séméiologie que ces considérations cliniques seront exposées.

Dans le groupe des idées de négation d'ordre métaphysique, on trouve les idées de non existence de certaines entités extra-matérielles. Les aliénés disent qu'il n'y a plus de Dieu, plus d'ange, plus de diable, que le temps n'existe plus, qu'il est fini, etc... Cet état représente certainement le point extrême du délire de négation. Nous ne pensons pas qu'on l'ait jamais observé à l'état isolé; il est toujours accompa-

gné de la plupart des autres conceptions négatives que nous venons de passer en revue.

On arrive alors à cette troisième classe des idées de négation que nous avons admises (pour l'étude) et dans laquelle toutes les variétés possibles de conceptions morbides de négation coexistent à la fois. Les malades n'ont plus de corps, plus d'âme, plus de sentiment, plus de pensée. Du reste, rien n'existe plus, le monde est fini ; il n'y a plus de Dieu, plus d'ange, plus de diable, plus de nature, plus de temps. Et comme les malades négateurs à ce point n'existent plus, ils ne parlent d'eux-mêmes qu'à la troisième personne. Ces cas extrêmes et complets ne sont pas fréquents, mais ceux qui s'en rapprochent, c'est-à-dire ceux dans lesquels les sujets présentent quelques exemples de toutes les grandes variétés d'idées de non existence, ne sont pas excessivement rares.

Nous venons d'indiquer rapidement les différents aspects et les différents modes de manifestation de ce délire particulier, appelé délire de négation, et qui est, quelles que soient ses formes, l'expression du même trouble profond de la personnalité. Mais la clinique montre qu'à côté de ces idées morbides, il en existe d'autres qui leur sont analogues et qui sem-

blent avoir le même fond qu'elles. Ce sont les idées de possession et d'immortalité (1).

Les idées de possession sont voisines des idées de culpabilité et de négation avec lesquelles elles s'associent souvent chez le même mélancolique, mais il y a cependant entre ces formes délirantes diverses et notables différences, et il paraît difficile de les expliquer toutes par le même processus psychologique. Mais l'idée d'immortalité, elle, est très souvent une véritable idée de négation. Cotard, M. Séglas, d'autres encore ont insisté sur ce point.

Cette conviction qu'acquerrait certains aliénés de se croire immortels est, en effet, tantôt une idée mégalomaniaque franche, tantôt une idée mélancolique. Dans la paralysie générale, dans les périodes avancées du délire de persécution, à évolution régulièrement progressive, l'idée d'immortalité est une véritable idée de grandeur. Mais quand, dans le cours de certaines autres psychopathies chroniques, les malades tourmentés déjà par une foule de croyances pénibles, en arrivent à se croire immortels, c'est-à-dire arrivent à être convaincus qu'ils ne pourront jamais mourir, c'est bien là

1. Cotard. — Du délire de négation. — Archives de neurologie 1888 et délire d'énormité — Communication à la Société médicale psychologique. — Séance du 26 mars 1883.

une nouvelle idée mélancolique que viennent accroître le nombre de celles qui les tourmentent. C'est la négation de la mort engendrée par la certitude qu'ont les aliénés que leurs misères ne finiront jamais. C'est en réalité le comble de l'infortune pour eux. Nous devons donc, en réalité, ajouter aux différentes idées délirantes que nous venons d'énumérer, l'idée d'immortalité quand elle survient dans les idées mélancoliques chroniques.

Les idées de négation, telles qu'elles viennent d'être exposées, sont assez nettes pour qu'il semble difficile de les confondre avec des idées délirantes d'une autre nature, cependant en pratique, la confusion est parfois possible si l'on s'en tient uniquement à l'observation du malade au moment où il parle, et si l'on ne recherche pas quelles sont ses dispositions mentales ordinaires. Les aliénés persécutés, en comprenant sous ce nom tous les aliénés qui ont des idées de persécution et non pas seulement ceux qui sont atteints de l'entité nosologique bien limitée : le délire de persécution à évolution progressive régulière, les aliénés persécutés, dis-je, ont souvent des idées délirantes négatives, mais qui diffèrent essentiellement des idées de négation qui nous occupent. S'ils se plaignent de la non existence, chez eux, d'un or-

gane ou d'une faculté, s'ils affirment qu'ils n'ont plus de parents, plus d'enfants, c'est parce que leurs persécuteurs ont pris ou détruit leurs organes, ou qu'ils ont anéanti leur famille, leurs enfants. — En un mot, la cause de non existence est extérieure aux sujets, tandis que chez les vrais négateurs elle leur est subjective. — C'est par suite de leur indignité, ou seulement par suite de leur destinée malheureuse, que ces derniers sont ainsi éprouvés.

Il arrive enfin que, dans certains cas, les malades présentent à la fois de véritables idées de persécution et de véritables idées de négation. — Ce sont là de ces cas irréguliers qui établissent en quelque sorte la transition entre des formes nosologiques franches et nettes et qui tiennent à la fois des unes et des autres. — Quand ils se présentent, et ils ne sont pas rares en médecine mentale, ils constituent des objections aux classifications trop absolues, en même temps que des arguments en faveur de la priorité de l'observation clinique sur les théories et les doctrines.

Voici un exemple de pseudo-idées de négation dans le délire de persécution :

« Le nommé C... Charles, 39 ans, commis de magasin, en traitement à l'asile de Bonneval

depuis le mois de mars 1878, est atteint de délire de persécution.

« Charles C... est bien constitué, mais il est porteur de deux signes physiques de dégénérescence; il a le palais ogival et les oreilles sessiles et beaucoup trop écartées du crâne. Il n'a qu'une sœur, laquelle est, comme lui, depuis très longtemps à l'asile de Bonneval. Elle est atteinte d'une vésanie chronique et jugée incurable depuis longtemps. C... compte encore d'autres aliénés parmi ses parents.

« Ce malade est en observation à l'asile depuis plus de quinze ans, et son affection datait déjà de plusieurs années au moment de son admission.

« En 1878, on notait chez lui la tristesse, de l'inquiétude, des conceptions hypochondriaques, des troubles de la sensibilité générale. Plus tard sont apparues les hallucinations de l'ouïe et les idées de persécution. Le délire s'est de plus en plus systématisé, et enfin les idées de grandeur se sont manifestées. »

C'est bien là un exemple du véritable délire de persécution, avec son évolution progressive régulière, si bien étudiée par M. Magnan. Mais le malade devait présenter dès avant le début de son affection un certain degré de débilité

intellectuelle. Les stigmates de dégénérescence physique dont il est porteur, l'hérédité vésanique qui pèse sur lui, puisqu'il a des parents et une sœur atteints de folie, constituent pour lui de grandes chances de dégénérescence intellectuelle. Ce qui confirme cette supposition, c'est la façon dont il délire. En effet, il délire en débile; ses conceptions morbides sont ridicules, enfantines, sottes, et elles sont bien les produits d'un cerveau invalide.

C... se plaint sans cesse des misères qui l'accablent; il interprète tout ce qui lui arrive, tout ce qui se passe autour de lui dans le sens de la persécution. On l'injurie nuit et jour; on l'empoisonne, on le martyrise. On lui fait des incisions de cinq centimètres de profondeur dans les cuisses et dans le dos; on lui a dévissé la tête. — C'est encore le *téléphone* qui agit ainsi sur lui. — Il emploie du reste de nombreux néologismes pour exprimer tout ce qu'il souffre. — Dans le temps, c'était des invisibles ses persécuteurs; maintenant, il croit que c'est une femme noire cachée dans le clocher de la ville, « qui lui envoie ses souffrances par *l'électricité*, *la dynamite*, *la torpillerie*, et qui dirige toutes les personnes de l'Asile, lesquelles s'entendent pour ne pas lui laisser un moment de repos. — Parfois la femme noire, qui est tantôt jeune et

belle, tantôt hideuse et cornue, vient le trouver dans son lit et l'épuise. (Hallucinations du sens génital.)

Ces idées de persécution, après avoir régné seules, se sont plus tard compliquées d'idées de grandeur. — C... se croit l'héritier de l'empereur Guillaume ; il croit aussi qu'il a droit à des millions qu'on lui a volés.

Pour compléter le tableau de son état mental, ajoutons qu'il est sujet à des accès d'agitation. Sous l'influence des recrudescences de ses troubles sensitifs, il devient alors furieux, crie qu'il est l'empereur d'Allemagne, qu'on veut le faire mourir, et il se jette sur les gens qui l'entourent. — Ces impulsions agressives, qui surviennent brusquement, sont encore un indice de dégénérescence intellectuelle dont on reconnaît ainsi la trace, même pendant le cours d'une psychose nettement spécifiée.

Mais ce sont les idées de négation, c'est-à-dire les pseudo-idées de négation que C... manifeste à tout bout de champ, qui, seules, nous intéressent ici. Elles ont leur origine dans ces troubles divers et réellement très pénibles que présente ce malade. Il éprouve des douleurs lancinantes dans plusieurs parties du corps, des maux de tête, des souffrances diverses : il les interprète de la façon suivante :

« Cette nuit, on m'a enfoncé à dix reprises différentes le canif dans les fesses » ; puis, prenant sa tête à deux mains et la secouant : « On a voulu me tordre le cou ; ma tête ne tient plus..... c'est cette p.... du clocher. » Puis, se déshabillant rapidement : « Voyez, je n'ai plus de côtes, toutes sciées ; il y a longtemps qu'elle m'a enlevé le foie ; voyez, mon ventre est plat, je n'ai plus de *fressure* ; je n'ai plus de cerveau non plus. »

L'absence du cerveau, du foie et des côtes est pour lui chose certaine, visible, tout le monde peut s'en assurer.

A l'égard des facultés intellectuelles, C... est également négateur ; on lui prend ses idées, sa pensée. Il n'a plus de cerveau et plus d'âme. Et toujours c'est sa persécutrice du clocher qui lui a infligé ces tourments ; et ces idées délirantes ne sont pas seulement accidentelles, elles reviennent au contraire souvent, surtout depuis quelque temps.

Il s'agit donc bien dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres cas semblables, de la croyance à la non existence ; mais ce qui distingue cet état psychopathique du vrai délire de négation, c'est que le malade accuse autrui ; il connaît l'auteur de sa déchéance physique et morale. Dans la mélancolie, il en est tout autrement, et

la nature intime du délire est tout à fait différente dans l'un et dans l'autre cas.

Voici maintenant un exemple de la coexistence d'idées de persécution et d'idées véritables de négation; il s'agit d'un délire chronique polymorphe survenu chez une débile :

« Marie M..., âgée de 52 ans, mariée à un ouvrier de la campagne. Antécédents héréditaires inconnus. Bonne santé habituelle; jamais de maladies somatiques sérieuses.

Cette femme est une débile au psychique. Peu intelligente, elle s'est toute sa vie livrée à des pratiques religieuses exagérées, négligeant son ménage et passant une grande partie de son temps à l'église. Deux ans après sa ménopause, ses dispositions naturelles au mysticisme aboutirent à un véritable délire. Elle marmottait sans cesse des prières, s'agenouillait au milieu de la rue, obsédait son curé, qui ne pouvait se débarrasser d'elle. Elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des terreurs; elle faisait des fugues de plusieurs jours dans la campagne. En même temps, elle prenait son mari en haine, le menaçait, le battait même, et à ses manifestations religieuses ajoutait de nombreux actes érotiques.

Elle était depuis deux ans dans cet état, quand

on se décida à la placer à l'asile de Bonneval, en octobre 1891.

A cette époque, on caractérisait ainsi son affection : Débilité mentale, délire mélancolique avec mysticisme et érotisme, hallucinations de la vue et de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Idées de persécution, de damnation et préoccupations hypochondriaques.

En effet, elle voyait et entendait le diable qui la menaçait, la tourmentait et lui arrachait le cœur. Elle avait des accès de terreur avec tremblement de tout le corps quand le diable la tourmentait. Ordinairement triste et sombre, elle racontait que le diable lui envoyait des hommes la nuit pour la faire pécher et qu'elle était bien damnée. Mais nous savions tout cela, puisque nous lisions sa pensée ; alors pourquoi l'interroger ?

Ce délire, pendant les deux ans qui se sont écoulés depuis que la malade est en observation, a évolué en se modifiant un peu et en se systématisant de plus en plus.

Le diable ne s'est jamais emparé de Marie M..., il n'est pas en elle, il reste toujours à l'extérieur ; il la tourmente et la fait tourmenter ; en somme il la persécute ; mais il n'est pas toujours aussi méchant et souvent il lui dit et lui fait des choses très agréables. Il lui a aussi

enseigné bien des choses, d'où il résulte que la malade est dès à présent un peu mégalomane. — Ainsi elle sait qu'on meurt et qu'on ressuscite très fréquemment ; elle connaît le moyen d'opérer ces résurrections. — Pour sa part elle est morte et ressuscitée plus de dix mille fois. Le diable lui prend son sang le soir, mais il le lui rend le matin, etc...

C'est parce qu'elle a fait bien des péchés qu'elle est ainsi martyrisée ; elle n'a plus de cœur, plus de famille ; elle est isolée, seule au monde (idées de négation).

Avant d'arriver à ce degré de systématisation, la malade est passée, il y a un an, par une période délirante pendant laquelle les idées de négation étaient plus nettes qu'aujourd'hui. Son mari était mort, il n'avait même jamais existé. Elle n'avait plus de matrice et plus de sang.

Il est inutile d'insister sur cette observation intéressante sous plus d'un rapport, d'une dégénérée mélancolique qui présente un assemblage de toutes sortes d'idées délirantes : idées de persécution, idées de grandeur, idées mystiques, érotiques, etc...,

Je veux seulement noter la coexistence d'idées de persécution et d'idées de négation véritables, c'est-à-dire d'idées de non existence d'origine mélancolique.

Je me suis efforcé, dans les pages qui précèdent, de faire ressortir les véritables caractères de l'idée délirante de négation, de différencier cette idée d'autres conceptions morbides qui, de prime abord, lui ressemblent, mais avec lesquelles elle ne doit pas être confondue.

Le fond du délire de négation est un fond mélancolique et sa raison est une modification des éléments fondamentaux de la personnalité ; les impressions sensorielles et même cénesthésiques n'entrent que comme facteurs secondaires dans la pathogénie de cet état morbide.

M. Luys a cependant proposé une pathogénie différente des idées de négation, mais son hypothèse ne vise que le seul délire hypochondriaque de non existence d'organes et seulement quand il accompagne la paralysie générale (1). Je la note tout en ne la considérant que comme une hypothèse très ingénieuse.

M. Luys admet, dans le cerveau l'existence de centres cénesthésiques anatomiquement limités. Ces centres sont reliés à tous les points de l'organisme par des fibres nerveuses, en sorte que chaque partie de l'organisme, chaque organe, chaque membre..... est repré-

(1) Luys. — *Traité de Médecine mentale*. Article : Paralysie générale.

senté dans les centres cénesthésiques. Le Moi a ainsi la notion confuse, presque inconsciente de tout l'organisme, puisque les centres cénesthésiques entrent dans la constitution du Moi.

Dans la paralysie générale, par suite des lésions artificielles qui aboutissent à l'obturation des vaisseaux, il arrive que certains territoires des centres cénesthésiques cessent d'être irrigués. Ces territoires ne fonctionnant plus alors et les parties de l'organisme qu'ils représentent deviennent, par ce fait, absentes. C'est ainsi que la langue, par exemple, manquant dans la cénesthésie, manque forcément dans le Moi, et le sujet, malgré le témoignage de ses sens, qui eux fonctionnent toujours, a la notion certaine de l'absence de sa langue, et, en réalité, cet organe ne fait plus partie de son Moi.

II

Historique

Il n'a été question jusqu'ici que des idées de négation considérées comme de simples conceptions délirantes. Mais il existerait, d'après un certain nombre d'aliénistes très distingués, une entité nosologique particulière dans laquelle les idées de négation figureraient comme éléments essentiels.

Ce serait une affection mentale à mettre en parallèle avec celle qu'on désigne sous le nom de « Délire de persécution chronique à évolution progressive régulière », ou plus brièvement sous le nom de « Délire chronique » (M. Magnan). Et de même qu'après avoir étudié les idées de persécution, ou étudié le délire de persécution à évolution progressive, on devrait, après avoir exposé les idées de négation, décrire le « délire de négation essentiel », mais ce « délire de négation » n'existe pas comme entité, et le but principal de cette étude est précisément de le démontrer.

Il est nécessaire de résumer l'historique de la question.

D'abord les idées délirantes de non existence ont été notées depuis longtemps; on en trouve des exemples dans les observations des aliénistes de la première partie du siècle; elles sont, en effet, assez fréquentes en clinique et très propres à attirer l'attention; mais elles n'avaient jamais donné lieu à une étude spéciale, si l'on excepte cependant celle de Baillarger.

Baillarger (1) en 1860, démontrait que le délire hypochondriaque, et il désignait ainsi les idées de non existence d'organes, des idées de négation par conséquent, accompagnait souvent la paralysie générale, dont il était même parfois un symptôme précurseur; et enfin qu'il avait, par rapport à cette affection, une valeur diagnostique semblable à celle du désir des grandeurs. — A cette époque, on ne croyait pas que la déri-meningo-encéphalite diffuse put s'accompagner d'autres délires que du délire mégalomaniaque.

Cette découverte de Baillarger se rapporte exclusivement à la paralysie générale et ne concerne en rien le délire de négation. — C'est Co-

1, Baillarger. — Mémoire lu à l'Académie des sciences du 17 septembre 1860.

tard qui, le premier, en 1880, attira l'attention sur l'importance du délire de négation dans certains états mélancoliques (1). — Il ne s'agissait pas encore, pour cet auteur, d'un délire particulier; il s'agissait seulement d'une complication grave de certains états mélancoliques anxieux intermittents. Dans cette première communication, on trouve cependant déjà indiquée la combinaison des idées de négation avec d'autres conceptions délirantes; l'idée de damnation, l'idée d'immortalité et la tendance au suicide et aux mutilations volontaires.

Mais deux ans plus tard, en 1882, Cotard aboutissait à une conception beaucoup plus originale de l'état psychopathique auquel il donnait le nom de « Délire de négation » et qu'il conviendrait d'appeler « Délire de négation de Cotard » (2). — Dans ce mémoire, publié dans les *Archives de Neurologie*, il décrivait une entité psychopathique nouvelle qu'il opposait, dans toutes ses phases, au délire de persécution.

On a cependant nié au Congrès de Blois que Cotard ait été aussi absolu (3), cela, malgré

1. Cotard. Communication à la Société médicale psychologique. Séance 23 juin 1880.

2. Cotard. Du délire de négation. *Archives de Neurologie*, numéros 11 et 12. 1882.

3. Comptes-rendus du Congrès de médecine mentale de Blois, imprimerie Dorion. Blois, 1893.

l'analyse scrupuleusement exacte de l'œuvre du savant médecin psychologue, présentée par le rapporteur de la question, M. Camuset. Mais les orateurs qui ont ainsi jugé n'avaient certainement pas lu, avec une attention suffisante, tout ce que Cotard a écrit sur son Délire de négation. Il ne faut pas oublier que les idées de cet auteur se sont graduellement modifiées, et que ce n'est qu'à la fin qu'il est arrivé à cette conception d'un délire de négation essentiel, entité nosologique au même titre que le délire de persécution.

M. Régis émet une opinion mixte; il avance que Cotard n'avait voulu faire de son délire de négation qu'un syndrome, lequel se surajoutait parfois à certains délires mélancoliques auxquels il donnait un cachet spécial. — C'est encore là une erreur, et il est, je le répète, facile de s'en convaincre en lisant le texte même de Cotard. Et du reste M. J. Falret, qui, moins que personne, ne pouvait se méprendre sur l'opinion de Cotard, son élève, a déclaré que celui-ci avait réellement isolé une forme vésanique nouvelle.

M. Séglas est l'auteur qui, après Cotard bien entendu, a le plus contribué à faire connaître le délire de négation. Il a publié quelques observations analogues à celles de Cotard, mais ce

sont surtout ses analyses psychologiques qui sont remarquables ; elles ont particulièrement contribué à expliquer l'état mental des négateurs et le point de départ de leurs idées délirantes (1).

J'insiste sur les acquisitions dont la science est redevable à Cotard. Je ne saurais trop le répéter, en effet, cette étude n'est pas une critique de l'œuvre du regretté médecin psychologue prématurément enlevé à la science ; elle n'est pas davantage une critique des savants aliénistes qui l'ont suivi.

Je comprends d'autant mieux la haute valeur des travaux de Cotard que j'ai dû les méditer tous longuement. Ce savant, aliéniste et psychologue à la fois, a fait une œuvre qui durera ; ses analyses psychologiques, ses descriptions cliniques ; ses dissertations sur les mélancoliques et les négateurs, resteront toujours comme des modèles. Je ne discute en réalité qu'un point de sa doctrine, un point secondaire pour ainsi dire, puisqu'il n'ajoute rien aux tableaux cliniques ni aux dissertations psychologiques. — Je prétends que le délire de négation n'est

1. Séglas. — Séméiologie et pathogénie des idées de négation. In *Annales médico-psychologiques*, 1889. — Note sur un cas de mélancolie anxieuse, in *Revue de neurologie*, 1884. Numéro 22.

pas une entité, et que les idées délirantes de non existence n'interviennent que comme simples éléments délirants, simples symptômes.

Les travaux de Cotard, ceux de Séglas, quelques rares observations publiées dans les journaux spéciaux, voilà tout ce qui constituait le bilan des connaissances sur le délire de négation à l'époque du Congrès de Blois en 1892. — Ces divers matériaux étaient exposés et analysés dans le mémoire du rapporteur, qui avait pu réunir en outre 28 observations nouvelles d'affections mentales diverses présentant des idées de négation.

Pendant la discussion même, on relate une dizaine de cas nouveaux, et depuis le Congrès, c'est-à-dire depuis 18 mois, on n'a publié, à ma connaissance, que quelques rares exemples seulement d'états psychopathiques avec idées de négation. — M. Séglas, cependant, a donné une observation très détaillée du délire de négation de Cotard, accompagnant, comme toujours sont accompagnées ses observations, d'une fine et intéressante analyse psychologique (1). M. Séglas ne semble pas convaincu de la réalité de l'entité de Cotard, mais il reconnaît, dans le processus psychologique morbide qui aboutit

(1) Séglas. Archives de Neurologie, 1892.

au délire de négation, des caractères spéciaux toujours les mêmes, en sorte qu'on peut presque dire que s'il n'admet pas le délire de négation au point de vue clinique, il l'admet au point de vue psychologique.

Pour compléter cet historique très court, comme on le voit, il n'y a plus qu'à rappeler une communication faite par Paris au dernier congrès annuel de médecine mentale, celui de 1893 qui se tint à La Rochelle. Les procès verbaux de ce Congrès ne sont pas encore publiés, mais il est certain que M. Paris s'est déclaré l'adversaire des idées de Cotard.

III

Le Délire de négation n'est pas une Entité nosologique.

Cotard est un des aliénistes qui ont le mieux étudié les divers états mélancoliques. La partie de son œuvre qui se rattache à ce point de la médecine mentale restera comme un modèle d'analyse et d'observation clinique. Il montre le mélancolique foncièrement négateur dans toutes les phases de son affection, négateur même dès avant l'éclosion de celle-ci ; il oppose l'humilité, la défiance de soi-même du futur mélancolique à l'assurance et à l'esprit soupçonneux du prédisposé à la persécution. Il suit les deux malades dans toutes les phases de leur mal et il les trouve toujours dans des dispositions mentales opposées. Enfin, entraîné par l'analogie, il croit avoir isolé un délire nouveau, une entité psychopathique, comme autrefois en 1852, Laségue avait isolé le délire de persécution de l'ensemble des idées mélancoliques. C'est là l'unique erreur de Cotard ; et elle n'en-

lève rien à la valeur de ses travaux. Ses tableaux symptomatiques sont toujours exacts, et sa psychologie morbide reste toujours vraie.

L'observation clinique ne se concilie pas avec la conception de Cotard, et, pour le démontrer, il suffit de résumer les observations de cet auteur; celles qu'il a présentées comme démonstratives de sa thèse, ainsi que celles qui ont été recueillies par d'autres observateurs. Elles ne sont pas très nombreuses comme il a été dit.

Mais il importe au préalable d'exposer le tableau du délire de négation tel que Cotard l'a établi. — Pour éviter toute erreur et toute confusion, on ne peut mieux faire que de reproduire la description schématique que M. J. Falret a donnée de l'état psychopathique, qui nous occupe, au congrès de Blois... « Le délire de négation existe, a dit M. J. Falret; il a une évolution progressive semblable à celle du délire de persécution; il commence par de l'hypochondrie simple, mentale, puis apparaît de la mélancolie anxieuse. Le malade est aux prises avec de l'anxiété physique et morale; il a les conceptions délirantes les plus diverses, de culpabilité, d'indignité et de damnation. Mais ce délire est encore possible et acceptable: ce n'est que plus tard, à une période avancée, qu'apparaissent

les idées délirantes, réellement absurdes, « les idées de négation ». Enfin, à la période terminale, se montre un délire d'énormité qui est une sorte de délire des grandeurs de forme mélancolique. C'est comme une échelle *ascendante* du délire depuis l'hypochondrie jusqu'au délire le plus excessif et le plus absurde.

Ce délire de négation est peu connu, mais on le constatera de plus en plus fréquemment, à mesure qu'on examinera plus attentivement les aliénés dans ce sens ; pour ma part, je l'ai constaté souvent.

Le délire de négation a une évolution naturelle, clinique, et il convient de faire pour cette variété de délire ce qu'on a fait pour le délire de persécution..... Mais à côté du *délire de négation essentiel*, il existe des *idées délirantes de négation* qu'on rencontre dans différentes formes de maladies mentales. C'est ce que Cotard a bien établi, et ce serait une erreur de croire qu'il a voulu faire de tous les délires de négation une entité pathologique.

En ce qui concerne le pronostic, on peut dire que le délire de négation est un signe de chronicité avancée. A ce point de vue, c'est un signe peu favorable, mais ce n'est pas, ainsi qu'on pourrait le croire, un signe d'incurabilité absolue. J'ai vu des cas, pour ma part, qui, après

avoir duré cinq ou six ans ont guéri et appartiennent à des formes intermittentes.

Il faut ajouter à cette description que, d'après Cotard, ce délire de négation affecte en général la forme intermittente, et que les accès deviennent de plus en plus graves à mesure qu'ils se reproduisent, c'est-à-dire qu'ils tendent de plus en plus à la chronicité. Mais il arrive aussi, quoique rarement, que l'affection est continue ; l'accès est alors unique, il passe de suite à la chronicité.

Après la description schématique de M. J. Falret, rappelons les particularités cliniques notées par Cotard lui-même (1).

Les sujets qui deviendront plus tard aliénés négateurs ont, comme la plupart des prédisposés à la mélancolie, le caractère sombre, une timidité excessive, de la défiance d'eux-mêmes ; ils sont trop scrupuleux.

L'accès débute par de l'hypochondrie, surtout par de l'hypochondrie morale ; puis viennent les idées délirantes habituelles de la mélancolie, idées de culpabilité imaginaire, d'indignité, crainte de châtimens terribles, idées de damnation et de possession. A ce moment l'accès se présente comme le type de la mélancolie an-

(1) Cotard : Du délire de négation, loc. cit.

xieuse : gémissements, angoisse précordiale. Il arrive que certains sujets tombent en stupeur ; d'autres présentent des alternatives de stupeur et de mélancolie.

Le suicide et les mutilations volontaires sont fréquents ; l'homicide est rare. On note aussi des anesthésies localisées ; les hallucinations de la vue sont fréquentes ; celles de l'ouïe le sont moins, et quand elles existent, elles sont toujours confirmatives des idées délirantes. Il n'y a, par conséquent, pas d'antagonisme entre le malade et les voix qui lui parlent, pas de dialogues. Les malades répètent sans cesse les mêmes plaintes, les mêmes phrases.

Puis viennent les idées de négation d'ordre physique. Les sujets n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de cœur.

Le délire négateur se prononce de plus en plus ; les malades présentent souvent des transformations de la personnalité ; ils sont en pierre, ils n'existent plus et ils parlent d'eux à la troisième personne. Ils sont morts ou bien ils ne mourront jamais, et cette dernière conception mégalomaniacale est, sans contredit, de nature mélancolique. A la dernière période, c'est un véritable délire d'anéantissement. Les malades nient tout ; ils n'ont ni parents, ni famille. Tout est détruit ; rien n'existe plus, Dieu, le

diable, n'existent plus. Ils ne sont plus rien, ils n'ont plus d'âmes et ils resteront toujours ainsi misérables, car ils ne pourront jamais mourir.

A propos de la marche de l'affection, Cotard s'exprime ainsi : « Marche d'abord franchement intermittente, puis continue. »

Il est plus difficile de différencier les entités en pathologie mentale qu'en pathologie ordinaire ; l'absence de lésions anatomiques connues en est la cause principale. Il faut reconnaître que des divergences existent toujours entre les auteurs quant à la classification des psychoses, et c'est pourquoi il ne faut admettre des entités nouvelles qu'avec une grande circonspection. En effet, le délire de persécution de Lasègue, lui-même, n'est pas une entité ; il n'est devenu une unité nosologique qu'après s'être complété, après surtout s'être modifié, grâce aux travaux qui ont suivi ceux de Lasègue et en particulier aux recherches de Foville et surtout de M. Magnan. Lasègue n'avait, en réalité, étudié et isolé qu'un syndrome qu'on trouve dans diverses maladies mentales.

C'est là une proposition qui doit être démontrée dans ce travail, et ce n'est pas une digression inutile, puisque les continuateurs de Cotard comparent toujours leur délire de négation au délire de persécution de Lasègue. Leur compa-

raison n'est, en réalité, pas heureuse pour la démonstration qu'ils poursuivent; le délire de Lasègue n'étant rien moins qu'une entité.

En 1852, Lasègue décrivit un délire de persécution, dont il analysa les symptômes d'une façon magistrale. A partir de ce moment, on crut à une espèce nosologique bien limitée dans laquelle on fit entrer tous les cas qui répondaient à la description de l'éminent clinicien. — Mais Foville fils découvrit qu'un nombre important des persécutés de Lasègue, éprouvaient à un moment donné, une modification profonde dans la nature de leurs idées délirantes. — Du délire mégalomane venait chez eux se combiner avec le délire de persécution et parfois même remplaçait complètement ce dernier. — Le concept du délire de persécution fut, par suite, changé. — Enfin, pendant le cours de ces dernières années, M. Magnan établit l'entité complète et réelle sous le nom de « Délire chronique » ou de « Délire de persécution à évolution progressive régulière ». — Il démontra que le délire chronique présentait des phases spéciales se présentant toujours dans le même ordre; d'abord hypochondrie morale, puis interprétations délirantes, puis phases des idées de persécution, puis apparition des idées de grandeur, absorbant de plus en plus les idées de persécution.

tion et finissant parfois par régner seules, puis enfin phase démentielle très tardive.

Le délire de persécution de Lasègue n'est donc qu'un syndrome qui répond à une des périodes du délire chronique. — Et ce même syndrome on le retrouve dans bien d'autres états psychopathiques ; par exemple dans la folie alcoolique et dans une quantité de délires partiels survenus chez des sujets à cerveau invalide (dégénérés).

Le délire pris en lui-même n'a pas grande importance au point de vue nosologique et les formules délirantes n'éclairent guère les diagnostics. — C'est le fond du délire, c'est sa nature dont on doit surtout tenir compte. — Ainsi les idées délirantes d'un mélancolique peuvent avoir des formes très diverses, mais elles sont toutes de même nature, car elles sont le résultat d'une modification spéciale profonde de la personnalité. — C'est pourquoi des idées de grandeur, comme l'idée d'immortalité, peuvent parfois être des idées mélancoliques.

Dans le délire de Cotard, les conceptions délirantes varient dans leurs formes, mais elles sont toujours de même nature, et elles reposent toujours sur le même fond ; on peut seulement dire qu'elles s'accroissent de plus en plus à mesure que l'affection évolue. — Au début, elles

se présentent sous les formes qu'elles ont habituellement dans la mélancolie vulgaire : culpabilité imaginaire, crainte de châtimens terribles, sentimens d'indignité, etc...; plus tard elles aboutissent à une forme plus accentuée, la négation. — Le délire de négation ne diffère donc du délire mélancolique ordinaire que par une sorte d'aggravation progressive de l'élément délirant. Est-ce suffisant pour en faire une forme nosologique nouvelle?

Mais laissons pour un moment ces considérations générales, sur lesquelles nous reviendrons à la fin en les résumant, et examinons si la clinique fournit beaucoup de malades ressemblant véritablement à ceux que Cotard a donnés comme des types de délirans négateurs.

Il ne s'agit pas de réunir tous les cas de maladies mentales dans le cours desquelles on observe des idées de négation. — Cotard et ensuite M. J. Falret ont insisté sur ce point que les idées de négation pouvaient se rencontrer dans de nombreux états psychopathiques divers, mais qu'en outre elles entraient comme élément symptomatique essentiel dans une forme nosologique spéciale ayant sa marche et ses symptômes propres. — Ce sont seulement les cas qui se rapprochent de cette forme nosologique

spéciale, à ce délire de négation essentiel qui sont à considérer.

On a vu plus haut les caractères de l'évolution du délire essentiel de négation; affection d'abord franchement intermittente, puis ensuite continue, exceptionnellement cependant continue dès le début.

Voici l'énumération des symptômes de ce délire essentiel, dans l'ordre où ceux-ci se présentent :

1° Au début, inquiétude, *hypochondrie morale*.

2° *Mélancolie anxieuse typique* avec l'anxiété précordiale, les gémissements, les conceptions délirantes habituelles; idées de culpabilité, de ruine, sentiment d'indignité, etc....

3° A ce délire mélancolique anxieux s'ajoutent des idées de *damnation* et de *possession*.

4° Enfin apparaissent les idées de *non existence* et de *destruction d'organes*.

5° Le délire de négation s'étend de plus en plus; les idées de négation se portent sur le monde extérieur; le malade est mort ou bien il ne peut pas mourir; il n'a plus rien, ni parent, ni famille. — Il n'y a plus de Dieu, plus de terre, etc....

Plus l'affection devient ancienne, plus elle se systématise et enfin elle aboutit à la démence finale.

Comme symptômes très fréquents mais non essentiels, Cotard énumère les analgésies, la tendance au suicide et aux mutilations volontaires, les hallucinations de la vue qui sont la règle. — Il note enfin qu'il peut arriver que pendant la période de mélancolie anxieuse on observe de la stupeur.

La « folie d'opposition » se montre aussi très souvent. — Nous avons indiqué l'état morbide qu'on désigne ainsi.

Notons que les idées de damnation et de possession auraient, pour Cotard, une importance telle qu'il songea, paraît-il, un certain moment à dénommer le délire qu'il étudiait : « Délire religieux. »

Enumérons d'abord, en les résumant, les observations que Cotard lui-même a relatées.

1^{re} OBSERVATION (PERSONNELLE A COTARD) (1)

Femme âgée de 42 ans à l'époque du début de l'affection, laquelle affection est ancienne de 8 ans au moment où l'observation est prise.

Le début est marqué par de l'hypochondrie d'ordre physique. « La malade avait ressenti une sorte de

(1) Cotard. — Du délire mélancolique dans une forme grave de mélancolie anxieuse. — Communication à la Société médicale psychologique. Juin 1880.

craquement intérieur dans le dos se répercutant dans la tête. — A partir de ce moment s'établit un état mélancolique qui persiste pendant deux ans sans subir de grandes modifications, c'était une sorte de mélancolie anxieuse mais peu intense puisque la malade allait sans cesse consulter les médecins et les prêtres. — Plusieurs tentatives de suicide. — Scrupules religieux, culpabilité imaginaire ; idées d'indignité, de damnation. — Les idées de négation n'apparurent que deux ans après le début de l'affection. — Elles étaient d'ordre physique et d'ordre métaphysique. — La malade n'avait plus que la peau ; il n'y avait pas d'âme, pas de Dieu, pas de diable ; elle était immortelle.

Cette observation comprend la réunion de toutes les idées délirantes constitutives du délire de négation, mais elle est incomplète. — Les antécédents personnels et héréditaires du sujet ne sont pas donnés. — Le début est à peine indiqué, et il n'est pas conforme au type de Cotard, puisqu'il aurait été marqué par de l'hypochondrie physique et non de l'hypochondrie morale ; mais ce qui n'est point peu important, la marche de la maladie est continue dès le début.

2° OBSERVATION (PERSONNELLE A COTARD) (1)

Femme de 56 ans, mariée, antécédents personnels et héréditaires non notés. — Début de l'affection non

(1) Cotard. — Du délire de négation. — Archives de neurologie 1882.

indiqué. — Placement à la maison de santé de Vanves en 1863. — A cette époque, mélancolie anxieuse intense avec paroxysmes, agitation violente, mêmes plaintes stéréotypées. — Délire hypochondriaque d'ordre physique.

En 1864, même état anxieux. — Délire de négation, absence de plusieurs organes; elle n'a plus de tête; elle est morte. — Folie d'opposition excessivement prononcée. — Hallucinations terrifiantes de la vue. — Le diable la menace; son corps est désorganisé et elle ne peut bouger sans s'exposer à tomber en morceaux.

Les années se passent sans amener aucune modification à ce délire. — L'opposition musculaire à tout ce qu'on veut faire faire à la malade persiste aussi énergique. — Mort en 1878 dans un état de cachexie générale.

Je dois faire remarquer que cette observation aussi est bien incomplète. — En outre elle s'éloigne du type en un point important; on n'y trouve ni les idées de damnation, ni les idées d'immortalité. — On pourrait, ce me semble, caractériser ainsi ce cas: mélancolie anxieuse continue avec exacerbations violentes; idées hypochondriaques de non existence d'organes et adjonction d'un état d'opposition d'une intensité et d'une persistance remarquables.

3^e OBSERVATION (PERSONNELLE A COTARD) (1)

Femme 63 ans, placée à Vanves en 1868. — Elle arrive dans un état de grande agitation anxieuse. — Délire mélancolique avec anxiété; idées de ruine et d'indignité. — Elle n'a plus rien. — Elle a renié sa famille et pour cela on a voulu la mettre en prison. — Gémissements; refus d'aliments; elle ne peut les payer. — On veut l'*empoisonner dans ses aliments*. — Elle sent mauvais et ne veut pas qu'on l'approche. — Elle ne peut marcher, ni manger parce qu'elle est incurable. — Folie d'opposition. — Elle meurt en 1878 sans que le délire ait subi la moindre modification.

Cette observation, très incomplète également, s'éloigne beaucoup du type; elle constitue un cas de mélancolie vulgaire, tel qu'on en observe journellement dans les services. — Les idées de négation véritables sont presque accessoires.

4^e OBSERVATION (DE COTARD) (2)

Femme de 53 ans. Antécédents héréditaires non notés. — Accès légers de mélancolie il y a quelques années. — Entrée à Vanves en 1876. A cette époque la malade était dans l'état suivant: Mélancolie anxieuse violente; idées de culpabilité; crainte de châtimens terribles; hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe.

En 1879, mêmes idées délirantes, même anxiété et

(1) Cotard. — Délire de négation, loc. cit.

(2) Cotard. — Du délire de négation, loc-cit.

en plus des idées de négation plus ou moins absurdes.
— Elle croit qu'on ne naît plus, qu'on ne meurt plus, qu'on ne se marie plus; il n'y a plus de médecins, plus de préfets, etc... Dieu n'existe plus. — Refus de manger parce qu'il y a des ordures dans sa nourriture.
— Folie d'opposition intense.

En 1882, aucun changement depuis 1878 (l'observation est rédigée en 1882).

Comme d'habitude les anamnétiques sont négligés.
— Pas d'idées de damnation ni de possession.

5° OBSERVATION (DE COTARD) (1)

Femme de 51 ans, mariée. Bien portante jusqu'en 1878, époque à laquelle elle fut atteinte de mélancolie anxieuse avec terreurs, idées de ruine et de châtiments terribles. Cet accès cesse brusquement au bout de deux mois; mais quelques semaines après, rechute. La malade est alors conduite à Vanves.

1878. Mélancolie anxieuse. Gémissements continuels; elle est ruinée; on va la torturer. Hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, puis idées de négation; elle n'a jamais été mariée, elle n'a jamais eu d'enfants; son mari, ses enfants viennent la voir; elle ne veut pas les reconnaître. — Sa fille est le diable.
— Folie d'opposition intense.

1881. Même état depuis 1878. Pendant le cours du mois d'août, hémiplegie qui s'améliore graduellement, mais qui ne disparaît pas complètement. — La ma-

(1) Cotard. — Du délire de négation. *Loc cit.*

lady n'est modifiée en rien par la maladie intercurrente.

On ne trouve signalées chez cette malade ni les idées de damnation, ni les idées de possession, ni les idées d'immortalité.

6^e OBSERVATION (DE COTARD) (1)

Dame de 58 ans placée à Vanves en août 1879. Etat de mélancolie anxieuse datant de plusieurs mois; croit qu'on va la mutiler, la martyriser. — Elle passe des journées à gémir et à implorer. — Elle est damnée. Tendance au suicide. Paroxysmes délirants pendant lesquels elle fait toutes sortes de contorsions. — Idées de négation absurdes manifestées par les mêmes phrases sans cesse répétées: « Il n'y a plus rien, tout est en fer. Elle est transformée en un petit poulet, en une petite mouche; elle est un chiffon de laine qui parle; elle n'a plus de corps; les personnes qui l'entourent ne sont que des ombres. »

Folie d'opposition; elle ne veut pas manger, retient ses urines et ses matières fécales, ne veut pas se déshabiller, etc....

On ne trouve dans cette observation ni l'idée d'immortalité ni l'idée de possession.

(1) Cotard. — Du délire de négation. Loc. cit.

7^e OBSERVATION (DE COTARD)(1)

Une femme âgée de 43 ans, mariée, entre à Vanves en 1880. — En 1875, accès léger de mélancolie à la suite de chagrins et d'émotions. — Elle était tourmentée par l'idée que son père avait pu être enterré vivant. — Guérison en un mois.

A la fin de 1880 nouvel accès. — Perplexité et indécisions continuelles. — Idées de culpabilité, puis après quelques mois, délire hypochondriaque. — La malade n'a plus d'estomac, plus d'organes ; plus tard mélancolie anxieuse avec paroxysmes d'agitation maniaque qui alternent avec des périodes d'immobilité et de mutisme. — Mêmes idées hypochondriaques, et en plus idée d'immortalité. — Elle n'est ni morte ni vivante ; elle est une personne surnaturelle qui n'a sa place ni chez les vivants ni chez les morts. — Elle n'est plus rien ; elle veut qu'on lui coupe les membres et qu'on lui ouvre le ventre pour s'assurer qu'elle n'a plus de sang, ni d'organes.

Cette malade est perdue de vue après deux mois seulement d'observation : sauf l'idée de possession, de damnation, elle présente tous les symptômes délirants attribués au délire de négation, mais son observation est très incomplète.

(1) Cotard. — *Du délire de négation*, loc. cit.

8° OBSERVATION (DE COTARD) (1)

Homme 53 ans, placé à Vanves en 1877, atteint de mélancolie causée par de grandes peines morales. — Culpabilité imaginaire. — Il est pourri, damné; il est l'antéchrist; on va le brûler en place publique; il brûlera éternellement. — Pleurs et gémissements. — Tendance au suicide.

1880. — Mêmes idées délirantes et en plus des idées de négation d'ordre physique; il n'a plus de sang, il est pourri, sa tête est vide.

1882. — Aucune modification dans l'état mental du sujet.

Dans cette observation, la chronicité s'est établie d'emblée, mais on ne trouve pas l'idée d'immortalité.

9° OBSERVATION (DE COTARD) (2)

Un homme âgé de 48 ans entre à Vanves en mars 1879; il vient de faire une tentative de suicide et est dans un état d'agitation anxieuse des plus violents. — Il manifeste de l'opposition à tout ce que l'on cherche à obtenir de lui; il ne pense qu'à expier des crimes imaginaires. — Hallucinations de la vue.

En 1880, le malade croit qu'on veut le torturer et demande qu'on le tue d'un seul coup. — Sa tête est creuse, son cerveau ramolli. — Il n'a pas de sexe, plus de testicules; il n'est qu'une charogne. Il n'a pas

(1) Cotard. — *Du délire de négation*, loc. cit.

(2) Cotard. — *Du délire de négation*, loc. cit.

d'âme. — Dieu n'existe pas ; par moments il parle avec lucidité des incidents de sa propre vie.

En 1882. — La situation est toujours la même.

On ne trouve pas chez ce malade d'idée d'immortalité.

A ces neuf observations, Cotard en ajoute quelques autres recueillies dans Esquirol, dans Greisinger, dans Leuret. — Il ne fait que les résumer et cherche à démontrer qu'elles ont trait à des aliénés présentant le complexe délirant caractéristique du délire de négation.

Il est à remarquer que le complexe délirant caractéristique du délire de négation n'est pas complet dans toutes les observations qui précèdent ; loin de là même, et pourtant les neuf cas constituent le fond clinique sur lequel Cotard a érigé sa théorie. — Et non seulement le complexe délirant en est très souvent incomplet, mais encore le mode de succession des diverses conceptions délirantes n'est pas toujours tel qu'il devrait être, ce qui est plus grave.

En effet, certaines conceptions morbides, comme l'idée de possession et de damnation, comme la dernière surtout, peuvent manquer, sans qu'on doive en conclure que l'état mental du sujet diffère beaucoup de celui du délirant négateur.

L'aliéné mélancolique anxieux croit qu'il est destiné à subir les supplices les plus effrayants, et, en réalité, l'idée qu'il est damné ne diffère guère de l'idée qu'on va le guillotiner, le brûler. — Quant à l'idée de pos-

session chez les véritables mélancoliques qui n'éprouvent pas le phénomène psychique si fréquent de la dualité, elle ne diffère guère non plus de l'idée de culpabilité.

Le mélancolique qui se dit possédé exprime par ces mots : « Je suis possédé », une souffrance qu'il considère comme chose honteuse et impossible. — L'aliéné non mélancolique qui se croit possédé a la notion intime que le diable est maître de lui et son « Moi » est réellement double, il est composé des vestiges de son ancienne personnalité restés plus ou moins intacts, lesquels forment un « Moi » dont il a encore conscience et d'un autre « Moi » plus nouveau, plus puissant aussi qui s'est constitué progressivement sous l'influence des désordres survenus dans les éléments constitutifs de son être, et qui est le Diable. — Il est, en fin de compte, à la fois lui et le Diable ; on ne rencontre pas ces phénomènes morbides dans la mélancolie.

« Je suis indigne, j'ai commis des crimes inouïs, je suis couvert d'opprobre, déshonoré, méprisé, possédé du diable » ; toutes ces expressions expriment la gradation progressive du même trouble de la personnalité. L'absence des idées de damnation et de possession n'est donc pas dans la circonstance un argument sérieux à opposer à la doctrine de Cotard.

Il n'en est plus de même de l'absence de l'idée d'immortalité, non plus que du moment inopportun de l'apparition de celle-ci quand elle se manifeste. — Dans l'un ou l'autre de ces cas, il semble bien difficile de

reconnaître dans l'affection un exemple du délire de négation tel que le type en a été décrit.

La croyance qu'a le malheureux mélancolique qu'il ne peut plus mourir et qu'il est destiné à souffrir pendant l'éternité ce qu'il souffre au moment présent, est bien le comble de cette douleur morale et profonde dont le délire de négation est l'expression. — Quand la croyance à l'immortalité apparaît, l'affection est à son summum et pour que celle-ci soit régulière et complète, il faut nécessairement que cette croyance apparaisse. — En admettant, pour un moment, la réalité du délire de négation essentiel, les cas de cette psychose spéciale, dans lesquels l'idée d'immortalité manquerait, seraient des cas à évolution incomplète; la psychose aurait été interrompue soit par une guérison inattendue, soit par une mort accidentelle.

Le moment d'opposition de l'idée d'immortalité, qui est pourtant souvent variable dans les observations de Cotard, a, lui aussi, une importance extrême. — On veut comparer le délire de négation au délire chronique; Eh bien, la croyance à l'immortalité du premier répond, si on veut, à la mégalomanie du second, et de même que dans le délire chronique les idées de grandeur n'apparaissent jamais qu'après les idées de persécution, et alors que celles-ci ont régné seules pendant un temps plus ou moins long, de même dans le délire de négation, l'idée d'immortalité ne doit apparaître qu'après que les autres éléments délirants ont régné seuls un temps plus ou moins long.

Ces considérations seules appliquées aux documents

cliniques dont Cotard s'est servi pour établir son unité nosologique, suffisent, à mon avis, pour faire rejeter la théorie de cet auteur. — Mais il en est d'autres encore qui militent dans le même sens.

En psychiatrie, quand il s'agit de vésanies pures, le diagnostic ne peut presque jamais s'établir avec les seules données fournies par l'observation exclusive du malade pendant un temps limité. — Les travaux modernes, ceux surtout de M. Magnan, l'ont démontré d'une façon irréfutable. — L'éminent médecin de Ste Anne a fait voir, à propos de son délire chronique, que l'aliéniste devait porter ses investigations, non seulement sur l'état actuel du malade, mais sur la vie entière de celui-ci, sur ses antécédents, sur sa famille ; et qu'il fallait rechercher les éléments de diagnostic, non seulement dans l'état mental, mais aussi dans les anomalies physiques, dans les affections ordinaires des sujets. — Or, le plus souvent, Cotard ne donne qu'un moment seulement de la vie psychique de ses sujets, et parfois même un très court moment ; il ne note pas les anamnétiques et il passe sous silence tous les éléments de diagnostic d'ordre somatique.

Toutes les observations de délire de négation publiées par Cotard viennent d'être résumées, mais il en existe d'autres qui appartiennent à d'autres auteurs et qu'il faut résumer également. — Plusieurs d'entre elles ont été citées comme des arguments en faveur du délire essentiel de négation, je ne retiendrai que cel-

les qui ne s'éloignent pas tout à fait trop du type du délirant négateur.

D'abord l'observation bien connue de M. Séglas, remarquable surtout par l'analyse psychologique qui l'accompagne et qui, dans le fait, constitue sa grande valeur (1).

10^e OBSERVATION

Femme 38 ans, héréditaire, convulsions dans l'enfance. — Premier accès de mélancolie qui guérit en quelques mois. — Second accès après 10 ans de bonne santé, mais qui dure près de 5 ans et qui se termine également par la guérison, alors qu'on ne l'espérait plus. — Le second accès se caractérise par de la mélancolie anxieuse. Hallucinations, troubles de la sensibilité générale. Analgésie. Six tentatives de suicide. Impulsions à l'homicide; il lui faut toute son énergie pour leur résister. — Folies hypochondriaques de destruction et de non existence d'organes. — Folie de négation; elle n'a plus d'âme, la religion n'existe plus, les prêtres ne sont plus des prêtres. — Idées de damnation, de possession et d'immortalité.

Cette malade réalise le type de Cotard d'une façon presque complète, mais cependant la guérison constitue une anomalie; après cinq ans de délire de négation chronique, l'incurabilité est la règle dans le délire type.

(1) Séglas. Note sur un cas de mélancolie anxieuse. Archives de neurologie, 1884, N^o 21

Si on veut considérer cette observation comme une observation de délire mélancolique chez une dégénérée intellectuelle, elle devient une démonstration clinique des plus remarquables des phénomènes pathologiques psychiques attribués à la dégénérescence. En d'autres termes, elle est un exemple typique de folie chez une dégénérée; on trouve le début brusque, la guérison alors qu'on croyait la chronicité définitivement établie, les impulsions irrésistibles, une obsession, etc...

Cette même observation s'applique à beaucoup de ces états pathologiques qu'on cherche à considérer comme des exemples de délire de négation, et la vérité est que la forme délirante si bien étudiée par Cotard, se rencontre surtout chez les sujets à cerveau invalide, chez les dégénérés.

11^e OBSERVATION (DE M. CULLÈRE) (1)

Femme de 37 ans n'ayant pas encore, jusqu'à cet âge, éprouvé de troubles mentaux. — A la suite d'un violent chagrin causé par la mort d'une parente, elle est prise d'un accès de mélancolie anxieuse. — Les idées délirantes multiples se manifestent tout à la fois dès le début de l'accès. — Culpabilité imaginaire; idée de ruine. — Elle est déshonorée, maudite, damnée. — Elle a perdu la religion et les religieuses. — Folies de

(1) Ces observations et les 8 suivantes sont les reproductions abrégées d'observations relatés dans le rapport de M^r Camuset, présentées au congrès annuel de médecine mentale de 1892. Les considérations et réflexions qui suivent chacune d'elles sont inédites.

négarion. Elle n'a plus de chair ; elle n'a plus rien que des nerfs ; son ventre est vide. — Hallucinations de la vue, elle voit des diables. — Presque de suite apparaît l'idée d'immortalité : elle ne mourra jamais et souffrira pendant l'éternité. — Il n'y a plus de ciel, plus de sœurs de charité, plus rien. — Tout est changé dans le monde, rien n'est plus à sa place. — Elle a détruit le bon Dieu.

Au bout d'un mois, sous l'influence des injections hypodermiques de morphine, faites copieuses et très fréquentes, l'accès se calme, il s'établit une dyspnée intense. — Enfin le délire n'apparaît plus qu'à des intervalles éloignés et la malade paraît devoir guérir complètement.

L'observation malheureusement finit là et l'on ignore ce qu'est devenue cette intéressante malade. — On trouve dans ce cas le complexus délirant du délire de négation au complet. — Mais toutes les idées délirantes se sont montrées, simultanément et l'accès vésanique, au lieu de tendre à la chronicité a presque complètement guéri au bout d'un mois.

Cette observation diffère du type de Cotard sous plusieurs rapports, mais elle fait voir, en revanche, que les idées de négation peuvent apparaître dès le début de l'accès vésanique mêle avec les conceptions délirantes vulgaires qui accompagnent et caractérisent la mélancolie.

12^e OBSERVATION (DE M. REGIS)

La malade a aujourd'hui 68 ans; ses antécédents héréditaires sont ignorés. — Elle a deux enfants, un fils qui a été atteint de mélancolie et une fille d'une débilité intellectuelle très prononcée.

Premier accès vésanique il y a trente ans, qui se termina par guérison. — Ce premier accès s'est présenté d'emblée sous forme mélancolique avec idée de négation. La malade disait qu'elle était en pierre, qu'elle n'avait pas les organes des autres femmes et qu'elle ne devait pas mourir.

Après ce premier accès, la malade resta normale pendant 18 ans, puis elle eut un nouvel accès de la même forme que le premier et qui guérit comme lui. — Puis elle en eut un troisième et ainsi de suite jusqu'à l'accès actuel qui est le sixième. — Seulement, à mesure que les accès se reproduisent, les intervalles lucides qui les séparent deviennent de plus en plus courts.

Dans chaque accès, ce sont toujours les mêmes conceptions absurdes. — Elle est en pierre, elle est une statue et ne peut pas mourir ce qui la désole. — Autrefois elle avait fait de nombreuses tentatives de suicide; elle n'en fait plus maintenant; ce serait inutile puisqu'elle ne peut mourir. — Elle demande qu'on la laisse tranquille dans un coin, sans plus s'occuper d'elle, puisqu'elle n'est qu'une vieille statue en pierre et qu'elle n'a par suite besoin de rien.

C'est sous l'influence de cette idée qu'il lui arrive de se blottir dans des endroits cachés où elle reste immobile et où on a souvent eu grand peine à la retrouver. — Elle y serait certainement morte de faim. C'est aussi parce qu'elle est en pierre et incassable qu'elle se laisse parfois brusquement tomber sur le plancher, ce qui a occasionné à plusieurs reprises des blessures plus ou moins sérieuses. — Cette malade discute très bien son délire: « Si vous êtes en pierre, lui demande-t-on, comment se fait-il que vous ayez eu deux enfants? — Elle a accouché, c'est vrai, mais c'est parce qu'on lui avait mis un double ventre au devant de sa matrice inerte. »

En même temps que la croyance à l'immortalité et à une transformation de son corps, qui n'est plus son corps à elle, la malade a toujours des idées de damnation et de possession. — Enfin la sensibilité à la douleur est éteinte.

Cette observation est une de celles qui se rapproche le plus du type décrit par Cotard. — On y trouve la marche intermittente de l'affection, sa forme mélancolique anxieuse, la propension au suicide et aux mutilations, l'analgésie; les idées de négation d'ordre physique et d'ordre métaphysique, les idées de damnation et de possession. — Par un seul point cependant, elle s'écarte du type; les idées d'immortalité ont apparu dès le début et en même temps que les autres conceptions délirantes.

La malade est évidemment une dégénérée, et son

délire est bien un délire élaboré par un cerveau dégénéré.

13^e OBSERVATION (DE M. CHARON)

Femme de 39 ans : pas d'hérédité, d'après les renseignements fournis par la famille, mais elle porte des stigmates physiques de dégénérescence. — Aucune affection sérieuse jusqu'à l'âge de 36 ans. — A cet âge apparaît, sans cause appréciable, un premier accès vésanique caractérisé par de la dépression mélancolique et de la tendance au suicide. — Guérison complète après deux mois.

Second accès caractérisé par du délire mélancolique anxieux. — Idées de négation : elle n'a pas de gorge, pas de membre, plus rien. — Idées d'immortalité ; tentatives de suicide ; elle avale des épingles. — Guérison.

Troisième accès en 1882. — Ressemble absolument au précédent. — Anesthésie de toute la surface cutanée. — Guérison.

Ce cas se rapproche aussi beaucoup du type de Cotard ; comme dans le précédent, l'idée d'immortalité est contemporaine des autres idées délirantes.

14^e OBSERVATION (DE M. RAMADIE)

Homme, 49 ans ; hérédité vésanique très chargée ; accès mélancolique ayant débuté en 1887, à la suite de pertes d'argent.

Au début dépression mélancolique et tentative de suicide ; puis idées de ruine et de culpabilité. — Entré à l'asile de Vaucluse en 1888, ce malade se présente dans un état de mélancolie anxieuse intense. — Gémissements ; plaintes toujours répétées, craintes de châtimens terribles ; on va le jeter aux bêtes féroces ; il est un grand coupable.

Six mois après, apparition des idées de négation et d'immortalité. — Il n'a plus de sang et vivra toujours pour toujours souffrir. — Puis les idées de négation s'extériorisent ; rien n'existe, tout est chimère. — « Vous croyez que vous êtes un médecin, c'est faux, c'est une chimère. » — Refus fréquent de manger et nouvelle tentative de suicide.

La chronicité est évidente ; le malade est retiré de l'asile par sa famille à la fin de l'année 1889 et perdu de vue.

C'est là un malade qui ressemble bien aux malades de Cotard. — Remarquer cependant que la chronicité s'établit d'emblée, et que les idées de négation et d'immortalité apparaissent en même temps.

Les idées de damnation et de possession font défaut, mais il a déjà été dit que la chose n'a pas une très grande importance. — Sans ces divergences ce cas se confondrait presque avec le type décrit par Cotard.

15° OBSERVATION (DE M. CAMUSET)

Le sujet de cette observation est une vieille dame de 65 ans, petite, maigre, toujours recoquevillée sur elle

même et étendue sur une chaise longue; elle est aliénée depuis de très longues années, mais on ne connaît pas du tout ses antécédents héréditaires et on ne connaît que très mal ses antécédents personnels. — Elle a un délire systématisé partiel, qui, quoique très ancien, ne lui a rien enlevé de ses facultés mentales; elle est, en effet, restée intelligente, instruite et même spirituelle.

Elle n'émet ses idées délirantes que par intervalle, et pendant quelques instants seulement; à la vérité, ces intervalles sont courts; les périodes délirantes sont également courtes; elles ont une durée qui varie de quelques minutes à deux ou trois heures. La malade alors change de physionomie; elle prend l'air effrayé, anxieux; elle gémit et répète toujours les mêmes phrases: « Je ne suis qu'un petit lambeau de chair humaine; je suis brûlée, contaminée. — Voyez, je n'ai plus de corps, plus de membre, plus d'os. — Je suis une martyrisée, et le démon m'a prise, et je ne mourrai jamais. » La moindre contrariété provoque une crise. — En dehors de ces accès, la malade a une conversation sensée et intéressante; elle est au courant de la littérature moderne et elle s'intéresse à tous les faits contemporains. — Elle avait autrefois une situation brillante dans le monde.

Cette observation n'est, en somme, que la relation d'un moment seulement de la vie d'une malade qui, autrefois, a peut-être présenté tous les caractères du délire de négation — Elle se rapporte aux négateurs

de Cotard par la coexistence des idées de négation et d'immortalité pendant de courts accès délirants. — Mais il est à remarquer que la démence ne s'est pas établie, alors que l'affection mentale remonte à plus de trente ans.

16° OBSERVATION (DE M. CULLÈRE)

Femme 49 ans, en période de ménopause; antécédents héréditaires inconnus. — Chagrins et pertes d'argent; à la suite éclate un accès de délire mélancolique.

Au début, anxiété, hallucinations de la vue et de l'ouïe; plusieurs tentatives de suicide sous l'influence d'hallucinations impératives de l'ouïe. — Ensuite, culpabilité imaginaire. — « Le diable est entré dans sa chambre par la fenêtre; la sainte hostie est tombée; elle est damnée. » Plus tard, apparaissent les idées de négation hypochondriaques; elle n'a plus de pied, plus de corps. — Elle devient gémissieuse. — Les idées hypochondriaques se combinent avec des idées de ruine et d'iniquité et aussi de non existence; elle n'est plus Madame X...; Madame X... n'existe plus.

Mort par tuberculose, alors que l'accès durait depuis deux ans et demi. — Le délire ne se modifie nullement sous l'influence de la maladie physique; il reste intense jusqu'à la fin. — Jamais on ne constata l'idée d'immortalité.

C'est, en réalité, une observation de délire anxieux,

dont la seule particularité remarquable réside dans l'apparition d'idées de non existence, à un certain moment de l'évolution de l'affection.

17° OBSERVATION (de M. CHARON).

Une dame à hérédité vésanique très lourde ; « plusieurs ascendants et plusieurs collatéraux, dans la branche paternelle et dans la branche maternelle, morts, aliénés » ; a d'abord été traitée pendant deux ans, dans une maison de santé de Paris, pour une « folie du doute avec état anxieux » ; elle entre à l'asile de Bailleul (Nord) en novembre 1891.

Elle présente à ce moment, avec un état anxieux prononcé, plusieurs des syndrômes épisodiques de la folie héréditaire de M. Magnan. — Ainsi elle a des idées obsédantes et angoissantes d'ordre mystique et de la folie du doute. — Le délire mélancolique est caractérisé par des conceptions morbides diverses : elle ne peut plus aimer personne ; elle est une grande coupable ; elle n'est plus rien ; sa famille, le monde n'existent plus. — Autour d'elle c'est le néant. — Idées de suicide, refus d'aliments. — Plus tard, idées de damnation ; elle a eu commerce avec le démon. — La malade n'est plus suivie à partir de 1892.

Cette observation s'écarte par bien des points du type du délirant négateur, mais elle est très intéressante par ce fait de la coexistence de ces états psychopathiques caractéristiques de la dégénérescence intel-

lectuelle et d'un délire mélancolique avec idée de négation. — En effet, rapprochées des nombreux exemples de mélancoliques négateurs, naturellement débiles au mental, elle est un argument en faveur de cette proposition que je présenterai comme une des conclusions de cette étude, à savoir que les idées de négation se manifestent principalement chez les sujets à cerveau invalide.

18^e OBSERVATION (DE M. CAMUSET)

Une femme de 52 ans est prise d'un accès de mélancolie anxieuse il y a quatre ans, sans cause connue, à la suite de sa ménopause. — Les antécédents héréditaires sont inconnus. — Elle arrive à l'asile de Bonneval très peu de temps après le début de son accès. — C'est à ce moment un type d'anxieuse; elle passe son temps à gémir et à se lamenter; elle se reproche, dans les mêmes termes et continuellement, d'être une mère indigne et d'avoir fait mourir ses enfants.

Depuis son entrée, c'est-à-dire depuis quatre ans, ce sont les mêmes gémissements et les mêmes récriminations. — Pas de tentative de suicide. — Analgésies localisées irrégulièrement disposées sur la surface de la peau. — Quand on l'interroge un peu longuement, on arrive toujours à lui faire énoncer des idées de négation, du reste très variables. — Un jour elle n'a plus de famille, plus rien. — Un autre jour, elle n'a plus de tête, plus d'intérieur; à un autre moment plus rien

n'existe plus. — Il n'y a pas de religion, pas de Dieu.

Cette malade est morte du choléra en 1892; jusqu'à la fin elle a manifesté ses idées délirantes.

Il est inutile d'insister pour démontrer que ce cas s'éloigne des exemples de Cotard; je le considère comme un cas de mélancolie anxieuse vulgaire. — Les idées de négation figurent dans l'ensemble des idées délirantes au même titre que l'idée de culpabilité et d'indignité. — Elles ont besoin d'être provoquées, pour ainsi dire, la malade ne les manifestant pas à l'ordinaire. — Chez beaucoup de mélancoliques anxieux il en est de même, et je suis porté à croire que, toujours, quand on cherche chez les malades les idées de négation, on les trouve.

19^e OBSERVATION (DE M. CHARON)

Femme âgée de 53 ans. — Plusieurs épileptiques parmi ses ascendants et les collatéraux; elle-même a eu des accidents convulsifs dans son enfance. — Pas de maladie mentale jusqu'en 1889.

A cette époque, sans cause connue, mélancolie anxieuse avec hallucination de l'ouïe; idée de culpabilité et de négation; elle a commis de nombreux crimes. — Sa tête est vide, il n'y a plus rien, plus de commerce. — Avant son admission à l'asile (asile de Bailleul), elle avait fait une tentative de suicide, elle avait aussi voulu tuer son mari.

Rapidement l'affection passa à la chronicité. L'an-

xiété disparut, les gémissements cessèrent et les facultés mentales s'affaiblirent beaucoup, mais les idées délirantes de négation, de découragement et de culpabilité, persistèrent sous les mêmes formes. La malade calme et tranquille, absolument inactive, répétait seulement quand on la faisait parler, car elle n'avait guère de spontanéité, qu'elle n'était bonne à rien, qu'elle était perdue, qu'il n'y avait plus de commerce, plus de vie, plus rien. Elle ne serait jamais pardonnée.

On voit que cette malade s'éloigne beaucoup du type du délirant négateur ; il s'agit d'un accès de mélancolie anxieuse passant vite à la chronicité et caractérisé par des idées mélancoliques communes, auxquelles se sont ajoutées dès le début de l'accès des conceptions délirantes de négation. C'est par conséquent un cas analogue au précédent.

Les états mélancoliques de ce genre sont loin d'être rares ; j'en multiplierais facilement les exemples ici, si la chose était nécessaire ; mais ceux qui ont été exposés suffisent, je crois, pour démontrer la réalité de cette proposition : *les idées délirantes dites de négation entrent souvent comme élément particulier dans le complexe délirant de la mélancolie anxieuse.*

Voici encore une observation qui, elle, se rapproche beaucoup de celle de Cotard : elle a été communiquée au congrès de Blois par M. Pichenet ; je la résume le plus brièvement possible.

20° OBSERVATION

Femme de 60 ans, antécédents héréditaires vésaniques, débile au psychique congénitalement, scrupules religieux exagérés pendant l'enfance. — Mariée à 22 ans, elle eut peu après, un accès de mélancolie à la suite d'un accouchement. — Cet accès était caractérisé par des sentiments d'indignité et de la tendance au suicide. — Guérison en quelques mois.

En 1867, trois ans après, elle eut un second accouchement, et à la suite un second accès vésanique : aversion à l'égard des siens, agitation anxieuse avec exacerbations périodiques, loquacité, actes désordonnés, idée systématisée qu'elle est « une femme mécanique ». Elle n'a plus ni cœur, ni sang ; son corps est en bois, elle est immortelle, insubmersible. — Elle veut qu'on lui fasse des incisions pour prouver qu'elle est insensible. — Agression à l'égard des personnes qui l'entourent.

Cet état délirant persiste pendant deux mois, puis s'atténue, et enfin une guérison presque complète s'établit ; il reste cependant quelques préoccupations hypochondriaques.

En 1871, accès léger provoqué par les émotions de l'invasion ; il se dissipe vite.

En 1882, rechute de quelques semaines, à l'occasion du mariage de sa fille. — Ces deux derniers accès rappellent seulement celui qui les a précédés, mais ne leur ressemblent pas. Elle a des hallucinations

terrifiantes de la vue, est anxieuse, surexcitée. — Elle voit une femme qui n'a pas de tête, sa tête à elle va disparaître aussi. — Elle voit aussi un homme venant de Jérusalem et condamné comme elle à ne jamais mourir.

En 1892, après être restée calme et raisonnante pendant dix ans, la malade est prise à nouveau, sans cause déterminante apparente. — C'est toujours de l'agitation anxieuse avec des idées d'indignité, de culpabilité et d'immortalité, et qui sont combinées avec des idées hypochondriaques de négation. — En plus, refus absolu de manger. — Elle a une aversion profonde pour son mari ; elle ne parle d'elle-même qu'à la troisième personne.

La fin de l'observation manque. — M. Pichenet termine par ces réflexions : C'est là un cas de mélancolie anxieuse où le délire de négation est très marqué. — Cette affection paraît avoir évolué sur un fond hystérique aux prédispositions héréditaires. — Après quatre accès qui ont guéri, le cinquième semble tendre à la chronicité. — Les idées de négation n'ont pas apparu d'emblée, greffées sur les autres conceptions délirantes ; elles ne se sont montrées qu'au second accès et elles sont devenues progressivement de plus en plus étendues et de plus en plus complètes. — On ne constate ni idées de possession ni idées de persécution.

M. Carrier (de Lyon), qui se rallie en partie seulement aux idées de Cotard, a exposé au congrès de Blois quatre cas de délire de négation observés par

lui-même. Je dois ajouter ces quatre documents à ceux qui précèdent, puisqu'ils ont été considérés comme des arguments en faveur de l'unité nosologique, le délire de négation.

21° OBSERVATION

Une femme de 38 ans, après avoir montré un délire lypémanique religieux, était possédée du diable, se mit à répéter qu'elle n'avait ni bouche, ni estomac, et qu'elle ne pouvait ni manger, ni respirer, ni aller à la garde-robe. Tout cela était causé par le diable ; elle ne pouvait ni vivre, ni mourir, elle était « retournée ».

Elle maintenait toujours très contractés les muscles de son ventre. Elle refusait de manger et il fallut la nourrir à la sonde pendant longtemps. — Elle s'était mise dans le marasme au bout de trois ans.

22° OBSERVATION

Une femme de 39 ans, après de véritables obsessions mélancoliques au sujet de sa santé, se mit à dire que ses intestins étaient retournés, que sa matrice était pourrie, tout cela avec une anxiété extrême. — Elle ne montrait pas d'idée d'immortalité, mais elle affirmait qu'elle ne pourrait plus ni guérir, ni vivre. — Tout traitement échoua et cette malade alla en s'affaiblissant graduellement.

23^e OBSERVATION

Femme de 51 ans. — Délire anxieux à la suite de chagrins. — Gémissements, elle a peur de tout. About de quelque temps, elle se met à dire que sa matrice est abîmée, que son estomac ne fonctionne plus, enfin qu'elle ne peut *ni vivre ni mourir*. — Cet état persiste depuis un an et demi et les traitements divers ne l'ont modifié en rien.

24^e OBSERVATION

Il s'agit d'une femme qui fut amenée dans la maison de santé de M. Carrier, après s'être tiré un coup de fusil dans le flanc gauche ; elle avait une plaie considérable qui se cicatrisa difficilement. — Cette tentative de suicide avait été déterminée par des idées mélancoliques d'indignité et de démonomanie. — Depuis son accident, cette malade se mit à déclarer qu'elle était immortelle, damnée, grande criminelle, puis qu'elle n'avait plus de bouche, plus d'yeux et que ses intestins étaient bouchés.

Cette malade, après des alternatives d'amélioration relative, est encore dans le même état, malgré tous les traitements.

Il n'est pas nécessaire de noter que les quatre malades de M. Carrier ne ressemblent que de très loin à

ceux de Cotard. — Je les considère même comme des arguments favorables à ma thèse, laquelle consiste à rejeter l'unité nosologique proposée par Cotard et par ses partisans et à n'envisager les idées de négation que comme des idées délirantes analogues à celles qui se manifestent couramment dans la mélancolie. — Du reste, M. Carrier semble bien ne pas adopter complètement la doctrine de Cotard; il convient que ses malades s'éloignent du type de l'aliéné négateur, et il termine par une intéressante observation d'ordre thérapeutique. — Tandis que les opiacés sont d'une utilité incontestable dans le traitement des délires mélancoliques ordinaires, qu'ils combattent avec succès le délire d'indignité, de culpabilité, de damnation, ils sont sans aucune action sur les idées de négation.

Il existe encore une observation de M. Séglas qui a de l'analogie avec celle de Cotard, je ne la reproduirai pas afin d'éviter les longueurs, car je crois avoir résumé un assez grand nombre d'arguments cliniques invoqués en faveur de l'entité « Délire de négation ».

Après chaque observation, j'ai noté les points par lesquels celles-ci différaient du type décrit par Cotard, et l'on voit qu'il n'existe en fin de compte que très peu de cas réellement semblables à ce type. Quelques-uns ont plus ou moins d'analogie avec lui, le plus grand nombre d'entre eux s'en écarte complètement.

J'ai fait observer aussi que presque toutes ces observations, même celles de Cotard, étaient très incom-

plètes et que souvent elles n'avaient trait qu'à un simple épisode morbide de la vie des sujets ; et que dans l'étude des vésanies, il était nécessaire d'étendre les investigations sur l'existence entière des malades, sur leurs ascendants, sur leurs collatéraux et aussi sur leur constitution physique.

Cliniquement, par conséquent, il semble bien difficile de reconnaître la réalité de l'unité nosologique qui nous occupe. — Ce ne sont pas, en effet, principalement les considérations d'autres cliniques qui ont conduit Cotard à la conception de son délire de négation ; ce sont surtout, à mon avis, des considérations d'ordre psychologique.

Et j'arrive ici à un côté de la question qui est, jusqu'à présent, resté presque complètement dans l'ombre : l'analyse de l'état mental des aliénés mélancoliques. — Le délire de négation de Cotard ne s'établira pas, mais la psychologie du mélancolique de cet auteur restera toujours.

Cotard prend le mélancolique dès avant le début de son affection et il le montre déjà négateur. — Il le suit dans toutes les périodes de son mal et il fait voir que sa tendance à nier ne fait que s'accroître, jusqu'à ce que, arrivé à un certain degré, elle se traduise par le délire de négation, qui lui-même se généralise de plus en plus, jusqu'à ce que le malade en arrive à ne plus vivre que dans le néant. Le malade, à ce moment, nie tout ; il se nie lui-même, il nie ce qu'il voit, ce qui l'entoure ; il nie la mort elle-même.

Un tel délire a son point de départ dans des troubles

des éléments fondamentaux de la personnalité; surtout dans un état maladif des centres moteurs évolutionels. — Cotard, on le sait, attribua toujours une importance extrême aux centres moteurs dans la constitution du Moi. « Plus je réfléchis, disait-il, plus je deviens moteur. »

Le délire de persécution a une origine autre, qu'il faut rechercher surtout dans les troubles de la cénesthésie, dans les troubles des centres sensitifs. — Il aboutit à la dualité et non à la négation.

C'est cette démarcation si tranchée entre les deux états psychopathiques qui est la cause première, à mon avis, des doctrines de Cotard. — M. Séglas admet le même principe que cet auteur, dans les ingénieuses dissertations psychologiques déjà mentionnées plusieurs fois, et il arrive au même résultat que lui.

Voici quelques passages, copiés dans l'étude sur les « Délire des négations », qui font bien comprendre qu'en effet les mélancoliques ont toujours des tendances à la négation (1).

« Les mélancoliques dits sans délire sont en réalité atteints d'un délire triste portant sur l'état de leurs facultés morales et intellectuelles, et présentant déjà une forme négative évidente... Ils ont honte de leur propre personne, et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront recouvrer leurs facultés perdues... Ils prétendent

(1) Cotard. — Du Délire des négations. Loc. cit.

qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants.

Les idées de ruine apparaissent et semblent être un délire négatif de même nature ; en même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu ses richesses matérielles.

C'est l'inverse du délire des grandeurs où les malades s'attribuent d'immenses richesses, en même temps que tous les talents et toutes les capacités. — Cette hypochondrie morale repose sur le fond commun de la mélancolie et sur un état d'anxiété vague et indéterminé. — Les malades sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois...

Ils semblent n'y avoir qu'une différence de degré entre cette hypochondrie morale et les affections mélancoliques, avec idées de culpabilité, de ruine, de damnation et de négation systématisées. L'hypochondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.

Le dégoût de soi-même arrive au délire de culpabilité et de damnation. La réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée. »

Eh bien, en ajoutant aux données fournies par la clinique, les données fournies par la psychologie, on ne parvient pas encore à démontrer la réalité de l'unité nosologique « le Délire de négation ».

Tout au plus serait-il permis d'admettre une variété nouvelle de mélancolie caractérisée par la prédominance des idées délirantes de négation.

De tout ce qui précède enfin, on peut déduire les propositions suivantes :

1° Le délire de négation, tel que Cotard l'a décrit, n'existe pas comme entité nosologique nouvelle.

2° Les preuves cliniques données à l'appui de la réalité du délire de négation ne sont pas démonstratives. En effet, un nombre très restreint seulement des cas relatés répond réellement au schéma du délire de négation. — Parmi les autres cas, quelques-uns se rapprochent plus ou moins du délire de négation, mais la plus grande majorité d'entre eux n'ont pas d'analogie avec lui.

3° Mais rencontra-t-on fréquemment, en pratique, ce qui est au contraire excessivement rare, des délirants négateurs conformes à ceux décrits par Cotard, l'entité « délire de négation » ne devrait pas être admise davantage : On serait seulement conduit à reconnaître une variété nouvelle de la mélancolie.

4° Les preuves d'ordre psychique ne sont pas démonstratives non plus. — Elles conduisent seulement à cette proposition que les mélancoliques ont tous des tendances à la négation, et que ces tendances à la négation sont très prononcées chez certains d'entre eux.

5° Presque tous les mélancoliques anxieux manifestent, à de certains moments au moins, des idées de

négarion, en sorte que ces dernières constituent un élément délirant analogue aux autres éléments délirants de la mélancolie, comme la culpabilité imaginaire, l'idée de ruine, de damnation, etc...

6° Parfois dans la mélancolie anxieuse, les idées de négation prédominent sur les autres conceptions délirantes, en même temps qu'elles se généralisent et qu'elles s'exagèrent jusqu'à l'idée d'immortalité. — Il en résulte un complexus délirant remarquable mais qui donne seulement à l'accès vésanique un aspect caractéristique.

IV

Séméiologie du délire de négation

J'ai d'abord étudié les idées de négation en général, puis je me suis efforcé de faire voir que le délire de négation essentiel ne devait pas avoir une place à part dans le cadre nosologique. — Il reste à indiquer brièvement les états psychopathiques dans lesquels apparaissent particulièrement les idées de négation.

Il a déjà été dit que Cotard insistait sur la différence à faire entre le délire essentiel de négation; variété nosologique de la catégorie des vésanies intermittentes, et le delai de négation symptomatique de diverses maladies mentales. — D'après cet auteur, les idées de négation s'observent dans la paralysie générale, dans le délire de persécution, et en outre il n'est pas rare de les voir éclore sur un fond hystérique. Nous, qui n'admettons pas le délire de négation essentiel, nous devons rechercher dans quelles conditions cliniques se manifeste le complexus auquel on a donné ce nom.

On peut rencontrer les idées de négation,

d'une façon accidentelle, dans toutes les formes de l'aliénation mentale, même dans la manie, mais ces conceptions délirantes ne se manifestent comme un symptôme plus ou moins important et plus ou moins fréquent, que dans certains états psychopathiques seulement. C'est ainsi qu'on les observe dans :

- 1° La paralysie générale ;
- 2° La démence sénile ;
- 3° La mélancolie anxieuse ;
- 4° Certains délires systématisés survenus chez les dégénérés ;

5° Le délire chronique (de M. Magnan), mais alors, elles ne résultent pas du processus pathologique ordinaire ; elles sont moins bien systématisées et elles sont en quelque sorte des pseudo-idées de négation.

Il semble résulter, de cette simple énumération, que le délire de négation se développe, d'une façon générale, dans les affections mentales survenues chez des sujets à cerveau invalide et chez des dégénérés. — Cotard avait déjà remarqué qu'elles évoluaient souvent sur un fond hystérique, c'est-à-dire sur un fond de dégénérescence.

Voici quelques observations qui ont trait aux différentes maladies mentales sus-énoncées, et

dans lesquelles le délire de négation figure comme élément symptomatique.

1^o *Paralysie générale*. — C'est Baillarger qui, comme il a déjà été dit, découvrit le délire hypochondriaque de la paralysie générale. — Avant lui, on ne connaissait, comme symptôme psychique de la péri-encéphalite diffuse, que le délire des grandeurs et naturellement, la démence.

Le savant aliéniste reconnaissait au délire hypochondriaque de non existence d'organes une valeur diagnostique égale à celle du délire des grandeurs, et il soutenait que parfois ce délire hypochondriaque se manifestait comme symptôme initial de l'affection, et avant l'apparition des signes somatiques ; proposition d'une importance extrême au point de vue du pronostic.

Tous ces observateurs savent aujourd'hui que la paralysie générale peut s'accompagner de délires divers et variables, mais dans la grande majorité des cas, elle est caractérisée par la folie des grandeurs ou par le délire hypochondriaque. — On sait aussi que ces deux états mentaux, opposés pourtant l'un à l'autre, apparaissent parfois successivement chez le même malade et même qu'ils peuvent se com-

biner ensemble et se manifester simultanément chez lui.

Mais ce qui n'est pas encore admis par tous ces médecins, c'est que le délire hypochondriaque puisse constituer, à lui seul et sans l'adjonction d'aucun autre symptôme, le début de la paralysie générale. — En voici un exemple:

25^e OBSERVATION

La nommée L.... femme P... âgée de 35 ans, entre à l'asile de Bonneval en avril 1891. — Cette femme est mariée pour la seconde fois; son premier mari a succombé à une paralysie générale, il y a cinq à six ans. — De ce premier mari elle avait eu un enfant mort-né. De son second mari elle a eu un autre enfant bien portant jusqu'à présent. — Il y aurait eu des aliénés parmi ses ascendants et son père serait mort d'hémorragie cérébrale. — Quant à elle, elle n'avait jamais eu jusqu'alors de maladie grave.

A l'arrivée : Dépression mélancolique légère, réponses difficiles, quelques idées de ruine, découragement. — Cet état remonte à un ou deux mois seulement. — Parole nette, pupilles égales, mouvements bien coordonnés.

Quelques jours après, mutisme, refus d'aliments, idées d'empoisonnement. — Alimentation à la sonde. Puis la malade se réveille et elle se met à devenir lo-

quace, mais pour manifester des idées hypochondriaques des plus nettes de non existence d'organes. Elle n'a plus de dents, plus d'anus, et c'est pourquoi elle ne peut plus manger. — Elle est pourrie, bouchée, etc...

Cet état persiste un mois environ, puis il se dissipe ensuite progressivement. On cherche avec soin et très fréquemment quelques signes physiques de paralysie générale, mais on n'en peut jamais trouver un seul.

La malade redevenue tout-à-fait raisonnable se mit à travailler régulièrement et elle sortit de l'asile guérie en août 1891.

Le diagnostic était quand même resté incertain; la preuve en est dans cette recherche persistante des éléments somatiques de la péri-encéphalite diffuse.

Trois mois après, en novembre 1891, la malade rentre à l'asile. A ce moment, il n'y avait aucun doute à avoir sur son état pathologique; elle présentait tous les symptômes de la paralysie générale, symptômes physiques et symptômes psychiques. — Ces derniers étaient caractérisés par de la démence et par du délire mélancolique, dépressif, avec combinaison d'idées de grandeur et d'idées hypochondriaques.

La femme P.... mourut en marasme en mars 1892.

Cet exemple est très net; il montre bien que le délire hypochondriaque de non existence d'organes peut, pour ainsi dire, être le précurseur de la paralysie générale.

Les observations de ce même délire, accompagnant

la paralysie générale caractérisée déjà par tous les symptômes de cette affection, sont si communes qu'il est inutile d'en donner des exemples ici. On ne peut parcourir un grand service d'aliénés, dans les régions industrielles, sans rencontrer un plus ou moins grand nombre de paralytiques hypochondriaques.

Mais, dans la paralysie générale, le cerveau présente des lésions considérables, macroscopiques et microscopiques. — Quelles qu'aient pu être l'énergie et la rectitude de son fonctionnement antérieur, le cerveau, du fait de la périencéphalite diffuse, est devenu un cerveau invalide, et il n'est plus capable d'élaborer qu'un délire niais et absurde. Le délire hypochondriaque de négation est donc, dans la paralysie générale, l'expression délirante d'un cerveau en dégénérescence, en dégénérescence acquise.

2° *Démence sénile.* — Il n'est pas rare de voir les vésanies de la vieillesse s'accompagner d'idées de négation. — On rencontre aussi ces idées délirantes dans les états mélancoliques qui compliquent si souvent la démence sénile. — Je ne crois pas que l'observation en ait été faite déjà, mais voilà quelques exemples à l'appui de cette proposition.

26° OBSERVATION

(Résumé d'une observation de M. RÉGIS, publiée dans le rapport de M. CAMUSET au congrès de Blois).

Homme de 67 ans, hérédité névropathique.

Début : mélancolie avec idées de culpabilité et de ruine et tendance au suicide; refus d'aliments.

Plus tard s'éveille chez ce malade cette idée qu'il doit quatre millions, et quelque temps après, ce sont des millions dont il est redevable envers la maison de santé où il est soigné.

Enfin le malade s'affaiblit de plus en plus et il arrive à présenter quelques idées de négation. Il est mort; sa femme n'est plus sa femme. Mais ces idées ne sont pas très fixes, ce délire n'est pas bien systématisé.

Notons en passant cette formule délirante : « Je dois des milliards » qui se rattache au délire d'énormité qui, comme l'idée d'immortalité, est ici une conception de nature mélancolique.

27° OBSERVATION

(Extraite d'une observation de M. CULLÈRE)

Femme, 70 ans, hérédité inconnue, excès alcooliques anciens, attaque d'apoplexie.

Cette femme était naturellement brutale, emportée et méchante. Elle courait les rues la nuit, et, malgré son âge, provoquait les hommes. Elle donnait depuis un certain temps des signes d'aliénation mentale. Elle croyait qu'on voulait la tuer, elle voyait des précipices, des voitures qui allaient l'écraser. On dut la placer à l'asile de la Roche-sur-Yon.

Dès son entrée dans le service de M. Cullère, agitation et délire hypochondriaques intenses. — L'agita-

tion est permanente, mais elle présente des exacerbations pendant lesquelles l'anxiété est extrême, la malade pousse des cris épouvantables, elle a l'immensité dans la tête, elle croit qu'on veut la tuer, ensuite elle dit qu'elle ne pourra jamais mourir et qu'il faut qu'elle souffre toujours.

Puis surviennent de nouvelles idées hypochondriques : sa peau est une peau de bête, une peau de chien. — Mutilations volontaires : elle se déchire la figure, se frappe la tête contre les murailles. — Tendance au suicide.

Cet état persiste pendant un an avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Les conceptions délirantes se présentent pêle-mêle, et ce sont en somme des idées d'énormité, de négation et d'immortalité.

Une seconde attaque d'apoplexie emporta la malade un an après son arrivée à l'asile.

C'est là un cas de folie sénile. La malade athéromateuse était déjà en démence quand la vésanie se déclara.

28° OBSERVATION

(Extraite d'une note de M. CHARON)

Femme, 64 ans, caractère ayant toujours été mélancolique.

A la suite d'une attaque d'apoplexie, affaiblissement intellectuel et dépression mélancolique. Dès le début, idées de négation et folie d'opposition. — La malade

répond « non » à toutes les questions. Elle n'a plus de parents, il n'y a plus de monde.

Ces idées de négation disparaissent brusquement et, chose bizarre, sont remplacées par des idées de ruine et de damnation. Puis la démence s'accroît rapidement.

Cette malade, quoique en proie à des idées mélancoliques marquées, ne s'est jamais montrée angoissée. Elle émettait tranquillement, comme choses naturelles, ses conceptions délirantes.

Cette dernière remarque est à retenir, les idées de négation ne sont pas nécessairement liées aux états angoissants.

29^e OBSERVATION

Homme, 44 ans, en démence organique, par suite de lésions syphilitiques du cerveau.

Ce malade, en démence prononcée, répond par des négations à tout ce qu'on lui demande. « Avez-vous mangé ce matin ? — Non, je n'ai pas mangé ce matin. — Où est votre mouchoir ? — Je n'ai pas de mouchoir. » (Extrait d'un note de M. Ramadier).

Je donne cet exemple parce qu'il est un de ceux qui tendent à démontrer la propension à la négation des cerveaux en dégénérescence ; mais il devrait être analysé à un autre point de vue. Ce même malade ne niait pas systématiquement quand on lui parlait de certains faits anciens. Il y avait, en réalité, dans son cas un trouble spécial de la mémoire.

30^e OBSERVATION

Homme, 69 ans, pas d'hérédité, affaiblissement sénile des facultés.

L'accès vésanique débute sans cause connue; il se caractérise par des hallucinations de l'ouïe, des idées de ruine, d'indignité, des craintes d'empoisonnement.

Au bout de quelques jours, angoisse, idées hypochondriaques de non existence d'organes. Le malade n'a plus d'estomac, plus de pieds, il est bouché et ne peut uriner. Ses parents n'existent pas, ceux-ci viennent pourtant le voir souvent. (Observation communiquée par M. Charon.)

Dans cette observation, le tableau clinique est le même que celui de la paralysie générale, à forme mélancolique, quant aux éléments délirants.

Dans les cinq observations qui précèdent, il s'agit, soit de vésanies séniles, soit de démences consécutives à des modifications matérielles de l'encéphale, c'est-à-dire que chez tous ces malades qui ont manifesté des idées de négation, le cerveau était en dégénérescence.

3^e *Mélancolie anxieuse*. — Je n'ai pas à insister sur le délire de négation symptomatique de la mélancolie anxieuse; toute la seconde partie de cette thèse a été consacrée à l'étude de cet élément délirant, l'idée de négation, quand elle

est combinée avec les autres idées délirantes des états mélancoliques anxieux. Si l'examen des faits nous oblige à rejeter le délire essentiel de négation, ce même examen nous conduit à reconnaître que le complexus délirant de Cotard se retrouve souvent, mais plus ou moins incomplet, dans les mélancolies anxieuses. Je suis même allé plus loin dans cette voie, et j'ai avancé qu'il était bien rare qu'on ne constatât pas à l'état isolé au moins, quelques idées de négation chez tout mélancolique anxieux. Il suffit pour cela d'observer longuement et interroger avec soin les malades dans ce sens.

Il existe actuellement dans notre service deux mélancoliques anxieux et gémisseurs, qui, croyait-on, n'avaient jamais manifesté d'idée de négation. L'un et l'autre cependant présentaient quelquefois ce symptôme délirant, et il fallut une assez longue observation pour se convaincre de ce fait.

31^e OBSERVATION (PERSONNELLE).

Le premier de ces malades est un homme de 60 ans, cultivateur, d'une débilité mentale congénitale reconnue, qui est entré à l'asile il y a quatre mois, atteint de mélancolie anxieuse, dont le début était ré-

cent et dont la cause déterminante était attribuée à des embarras pécuniaires.

Ce malade arrive dans un état misérable. Depuis plusieurs jours il n'avait pas mangé et il n'avait pris aucun soin de lui-même. Il restait où on le mettait, accablé, sombre, gémissant et répétant continuellement à demi voix les mêmes phrases : « Oh mon Dieu, faut-il ! » — « Je suis ruiné, perdu, j'ai mal dans tout le corps » — Insomnie, gâtisme, refus de nourriture.

Traitement : alimentation à la cuillère, injections répétées de morphine, quelques bains.

Amélioration progressive, mais qui semble devoir rester toujours au point où elle en est arrivée aujourd'hui; gémissements très rares. Plus de cette répétition des mêmes plaintes. Sommeil la nuit. Le malade mange volontiers et il se promène. Mais l'intelligence déjà peu développée normalement s'est encore affaiblie, et les idées de ruine, d'impuissance persistent toujours, ainsi que les préoccupations hypochondriaques.

Interrogé journellement avec persistance, ce malade dit un jour qu'il n'avait plus d'estomac, que sa tête était vide, qu'il n'avait plus de cerveau. Ces idées de négation ne se manifestent pas continuellement; le malade les émet un jour et il ne les émet pas un autre jour. Tantôt elles ont trait à la non existence d'organes, d'autrefois elles s'extériorisent et le sujet alors n'a plus de famille, plus de maison, rien.

32° OBSERVATION (PERSONNELLE)

La seconde malade, une femme de 55 ans, est mélancolique depuis plusieurs années ; autrefois elle était très anxieuse et elle gémissait sans cesse ; maintenant elle est plus calme et même elle travaille, mais elle a toujours les mêmes idées délirantes qu'autrefois. Culpabilité imaginaire, sentiments d'impuissance, crainte de maux divers, elle s'accuse de ne plus aimer les siens.

Cette femme, comme le malade précédent, manifeste à un moment donné des idées de négation. — Elle n'avait plus de fils, son mari était mort, elle-même n'existait plus. — Ces conceptions délirantes ne sont émises que très irrégulièrement ; le plus souvent il n'est pas possible de les retrouver.

4° Certains délires systématisés chez les dégénérés. — Parmi les observations relatées dans ce travail, un certain nombre a trait à des délires partiels systématisés, à évolution chronique très irrégulière, à début souvent brusque et à terminaison souvent inattendue. — Les antécédents héréditaires et individuels des malades, les premiers surtout, ne sont pas toujours avoués, mais quand ils le sont, ils indiquent, en général, une tare névropathique héréditaire

ou personnelle plus ou moins lourde. — C'est là une remarque que j'ai faite, à la suite de plusieurs de nos observations, et il est inutile d'énumérer ici tous les cas dans lesquels les sujets étaient manifestement des dégénérés.

On reconnaît aussi, chez plusieurs de nos malades, la dégénérescence, en l'absence des anamnestiques, par la constatation de certaines circonstances cliniques particulières. Ainsi, la marche tout-à-fait irrégulière de la vésanie ; ainsi des rémissions qui surviennent sans cause et qui cessent de même ; ainsi encore la terminaison brusque par une guérison tardive, alors qu'on avait tout lieu de croire l'affection chronique et incurable. — Tous ces caractères se rapportent, on le sait, aux folies de dégénérescence, et ce dernier ne se retrouve jamais dans le « délire chronique » qui est absolument incurable.

Mais le cas le plus intéressant, à ce point de vue, c'est-à-dire au point de vue des signes de la dégénérescence, est celui de la malade de l'asile de Bailleul (observation 17). Cette malade présentait, dès avant l'opposition chez elle des idées de négation, des syndrômes épisodiques les plus importants de la folie héréditaire, et elle continua à les présenter en même temps qu'elle manifestait du délire de négation. Ces

syndrômes épisodiques étaient « le délire du doute » et « les obsessions angoissantes ».

La clinique semble donc démontrer que le délire de négation évolue particulièrement sur un fond de dégénérescence. Cotard, on le sait, avait déjà noté que l'hystérie était un terrain favorable à l'éclosion du délire de négation. — Personnellement, je suis porté à supposer que les dégénérés qui deviennent aliénés avec idées de négation sont plutôt débiles que déséquilibrés. Cette proposition me paraît résulter des observations que j'ai pu recueillir.

Voici un exemple de folie chronique chez une dégénérée et qui comprend le délire de négation parmi ses symptômes. Je l'expose avec quelques détails parce qu'il renferme beaucoup de particularités cliniques des vésanies des dégénérés.

33^e OBSERVATION (PERSONNELLE)

M^{me} G.... âgée aujourd'hui de 46 ans, est aliénée depuis l'âge de 37 ans. Antécédents héréditaires : une tante dans la branche maternelle morte aliénée et un cousin, dans la branche paternelle, mort aussi aliéné. Elle a une fille âgée de 24 ans et mariée qui est délicate et très nerveuse. — Antécédents personnels : fièvre typhoïde grave à 15 ans, et, à la suite,

pendant six mois, troubles cérébraux divers : céphalalgie, cauchemars, hallucinations, dépression mélancolique. Caractère toujours triste, névralgies diverses fréquentes, accidents hystériques caractéristiques, enfin depuis l'accouchement, accidents utérins, goitre léger. Malgré qu'elle fut manifestement hystérique cette malade a toujours été douce et laborieuse ; elle était une excellente mère de famille.

A 37 ans, accès délirant qui s'établit rapidement ; la malade était devenue anémique à la suite de pertes. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, troubles de la sensibilité générale. Véritables idées de persécution. Tentation de suicide.

Elle est placée à l'asile de Villejuif. Dès son admission, le délire de persécution fit place à un délire franchement mélancolique avec anxiété et gémissements. Culpabilité imaginaire. Elle implore son pardon à genoux et demande la mort. On ne remarque alors aucune idée de négation. — Après cinq mois de traitement M^{me} G.... est assez améliorée pour pouvoir quitter l'asile. Elle rentre donc dans sa famille, calme, ne gémissant plus, mais non complètement débarrassée de ses idées de culpabilité et de craintes imaginaires.

Dans sa famille, son état se transforme encore ; elle devient brusquement expansive, gaie, remuante. Optimisme pathologique, projets insensés, et de temps en temps, accès maniaques véritables avec fureur et agression à l'égard des personnes qui l'entourent. — On doit l'isoler à nouveau et on la place à l'asile de Bonneval où elle arrive en mars 1889.

1889. — Nouvelle transformation de l'état mental ; dépression portée jusqu'à la demi stupeur. Refus de manger. Hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe. Cet état est interrompu fréquemment par des périodes de surexcitation anxieuse ; la malade lutte contre les infirmières, folie d'opposition. Elle a des moments d'amélioration relative ; alors elle parle longuement à demi voix et elle manifeste des idées de grandeur et de négation combinées ensemble, mais sans aucune systématisation. « Elle est la Reine.... Plus rien ne la regarde.... Elle n'a jamais eu de fille ni de mari.... et elle est la sainte Vierge.... »

1890. — Pas de changement, les périodes d'améliorations relatives sont plus fréquentes et plus longues aussi. — On peut parfois, pendant leur cours, obtenir des réponses sensées. — Elle donne alors des détails sur sa vie antérieure, sur sa famille, sur son séjour à Villejuif. Mais il est impossible de provoquer des moments de lucidité, ils apparaissent spontanément et irrégulièrement.

1891. — La malade ne manifeste plus de folie d'opposition. Elle est presque continuellement immobile, en mutisme, absolument inactive. Au moment de ses règles, elle se surexcite un peu, elle bouge beaucoup, dérange les objets à sa portée. Il lui arrive toujours de temps en temps de se mettre à pérorer à demi-voix et avec de grands gestes. « Elle est la vierge, en trinité, elle commande aux éléments.... Elle fait le soleil, la pluie..... Elle n'existe plus, ce n'est plus elle M^{me} G... Elle ne finira jamais. »

C'est en somme un délire mégalomaniac avec idées de négation. Le fond est un fond mélancolique, mais la malade semble cependant réellement orgueilleuse et véritablement mégalomane. Cette particularité avait été notée par Cotard : Quelques-uns de ces malades, disait ce savant clinicien, en arrivent à s'enorgueillir de leurs conceptions mégalomaniacques, qui les ont tant fait souffrir autrefois, dont ils souffrent peut-être encore, mais qu'ils émettent quand même avec complaisance et vanité. Et il ajoutait : Ce serait mal connaître la nature humaine que s'étonner qu'il en soit ainsi ; l'homme est constitué de telle sorte qu'il finit par tirer vanité de tout ce qui le touche, même de sa misère.

1892. — L'état mental persiste tel qu'il était l'année précédente. On peut supposer que la malade s'affaiblit au psychique d'une façon générale. Les périodes d'excitation sont plus rares, et cependant on est étonné en constatant que cette femme, en proie à un semblable délire, ait conservé son attention. Elle voit ce qui se passe autour d'elle et elle s'en souvient. On en a la preuve dans certaines observations qu'elle émet au milieu de ses divagations intermittentes.

1893. — Aucun changement. La santé physique est bonne, le délire persiste sans modification. Presque toujours la malade est sombre, muette, immobile, mangeant volontiers seule aux repas, s'habillant et se déshabillant elle-même, ayant enfin l'apparence de la démence avancée. Puis, par intervalle, elle se sur-rexite, devient loquace et émet dans ses discours sau-

grenus un assemblage d'idées délirantes de grandeur, de négation et quelquefois même de persécution.

C'est bien là un exemple typique de délire chronique irrégulier et polymorphe de dégénérée, et dans lequel, à un certain moment de l'évolution, des idées de grandeur et de négation apparaissent entremêlées ensemble.

Si l'observation de la malade ne portait que sur une partie seulement de l'évolution de la maladie, sur les deux dernières années qui viennent de s'écouler, par exemple, elle constituerait un nouveau cas à ajouter à ceux de Cotard. On y trouverait en effet de la mélancolie, de l'anxiété, des idées d'immortalité et de négation; on pourrait même rappeler la tendance au suicide anciennement constatée, et faire remarquer l'état d'opposition qui revient par intervalles. Si au contraire on envisage la vie entière de la malade, il n'en n'est plus de même, l'affection cesse d'être un délire essentiel de négation, elle n'est même plus une mélancolie anxieuse. Dans le cadre nosologique, sa place est celle des psychoses de dégénérescence.

4^e *Délire chronique de M. Magnan.* — Les idées de négation chez les délirants chroniques ont déjà été notées au début de cette thèse. L'observation a trait à un délirant chronique auquel on prenait sa pensée. On lui détruisait aussi le corps qu'on venait inciser la nuit, en sorte qu'il n'avait plus de foie, plus de côtes.

Au point de vue clinique, les idées de négation,

chez les délirants chroniques, différent des mêmes idées chez les mélancoliques, par ce fait qu'elles ne sont pas chez eux systématisées comme elles le sont chez les seconds. Dans le délire chronique, elles apparaissent seulement de temps en temps, elles sont comme perdues au milieu d'autres conceptions délirantes, toutes marquées, et elles aussi, au coin de la persécution.

Les délirants chroniques n'ont pas de pensée, mais c'est parce que on la leur a prise. Ils n'ont pas de foie, c'est parce que on le leur a enlevé. — Les mélancoliques négateurs n'ont plus de pensée, plus de foie ; ce sont des malheurs, des calamités qui leur arrivent, comme il leur en arrive d'autres, parce qu'ils sont indignes, misérables, au-dessous de tout.

Au point de vue psychologique, la différence entre les deux catégories d'idées délirantes est marquée aussi. — Nous avons, à plusieurs reprises déjà, indiqué la genèse des idées de négation des mélancoliques, lesquelles ont pour cause première une modification des éléments intimes de la personnalité, des centres volitionnels principalement. Les idées de négation des persécutés, elles, s'expliquent par un de ces phénomènes de dédoublement qui constituent ce substratum morbide de l'état mental des

persécutés. On leur répète ce qu'ils pensent avant même qu'ils aient parlé, (hallucinations de l'ouïe ou hallucinations psycho-motrices du langage articulé), donc on leur prend leur pensée, on sait ce qu'ils pensent. Il se peut aussi que chez ces mêmes persécutés, des idées de négation, de non existence d'organes résultent de certains troubles de la cénesthésie et de la sensibilité spéciale.

Mais nous devons rester dans le domaine de la clinique et ne pas empiéter sur la psychologie. Or, au point de vue exclusivement clinique, on différencie facilement les idées de négation des mélancoliques des idées de négation des persécutés, et ces dernières sont plutôt des pseudo-idées de négation que de véritables idées délirantes de négation.

Il resterait à examiner la question de la valeur, au point de vue du pronostic des idées de négation, mais cette question se trouve, par le fait, résolue dans ce qui vient d'être exposé à propos de la séméiologie de ces conceptions morbides.

Le pronostic du délire de négation varie selon l'espèce nosologique dans laquelle ce délire se manifeste. Dans la paralysie générale par exemple, le délire hypochondriaque de non existence d'organes ne peut guère faire préjuger de

la durée plus ou moins longue de l'affection. Il peut tout au plus faire craindre une marche plus rapide parce qu'il rend parfois l'alimentation des malades difficile.

Dans les diverses mélancolies, contrairement à l'opinion de Cotard, les idées de négation ne sont pas des signes d'incurabilité. Elles ne sont pas exceptionnelles les observations dans lesquelles les malades, atteints de mélancolie intermittente avec idées de négation, n'arrivent pas plus vite à la démence que les mélancoliques intermittents qui ne présentent que les idées délirantes communes.

Peut-être cependant l'apparition de l'idée de négation indique-t-elle un trouble de la personnalité plus marqué que celui dont les autres idées délirantes mélancoliques : idées de culpabilité, de ruine, d'empoisonnement, etc... sont les manifestations extérieures; il se peut qu'il en soit ainsi, mais il faudrait des documents cliniques plus nombreux que ceux que nous possédons actuellement pour qu'on puisse l'affirmer.

Rappelons enfin que Cotard signale des cas de délire de négation, qu'il donne pour des cas mixtes, dans lesquels des idées de négation véritables, c'est-à-dire des idées de négation de nature mélancolique, se manifestent au cours

de certains délires de persécution. — J'ai décrit, moi aussi, un cas de ce genre dans l'observation 2.

Mais ces observations de Cotard, pas plus que mon observation personnelle, ne sont des observations de délire chronique. Il s'agit dans tous ces cas de délires polymorphes à évolutions irrégulières, et les malades qui font l'objet de ces observations, sont tous plus ou moins atteints de dégénérescence et ils rentrent donc dans la catégorie de ceux qui viennent d'être étudiés précédemment.

Ce qui m'amène, en terminant ma thèse, à reproduire une fois encore ce précepte de médecine mentale: « Un malade étant donné, le médecin doit non seulement étudier son état mental actuel, il doit encore étendre ses investigations sur toute sa vie psychique, sur ses ascendants, sur sa famille; il doit s'enquérir de ses maladies antérieures et rechercher enfin les anomalies physiques qu'il peut présenter. »

Vu : *Le Doyen*, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

Vu : *Le Président de thèse*, DEBOVE.

